

問 診 票

記入日：令和____年____月____日
たなべ耳鼻咽喉科

フリガナ

氏名_____ 性別 男 ・ 女

住所_____ TEL_____

生年月日 大・昭・平・令____年____月____日生 携帯電話_____

身長（15歳以下）_____ cm 体重（15歳以下）_____ kg

1. 具合の悪いところを具体的に記入してください。 体温_____℃ 熱のある方のみ

何が一番お困りですか？：_____

いつからですか？：_____

どのように？：_____

今回、来院前に治療を受けましたか？ はい ・ いいえ

「はい」の場合、医療機関名は？ _____

どのような治療を？ _____

どのくらいの期間ですか？ _____

2. これまでに下記の病気について指摘されたことがあれば、○で囲んでください。

いずれも言われたことがない 高血圧 糖尿病 気管支喘息 熱性けいれん 脳梗塞

脳出血 心臓病・弁膜症 胃潰瘍 緑内障(眼圧が高い) B型肝炎 C型肝炎

精神疾患：_____ 悪性腫瘍

3. 今までに大きな病気、手術、入院の経験はありますか？

なし あり(病名：_____)

4. 現在飲んでいる薬はありますか？ *お薬手帳をお持ちの方は、お出しください あり・忘れ*

なし あり(薬名：_____)

5. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

なし あり：_____

6. タバコについて

現在吸っている(1日 本 年間) 吸わない 以前吸っていた(1日 本 年間)

7. 飲酒について

飲まない 飲む： 毎日 ・ 週_____回 ・ 月に数回 ・ 時々

一日あたりの飲酒量：日本酒・焼酎_____合、ビール_____ml・ワイン_____杯

8. 女性の方に伺います

妊娠の可能性 なし あり：妊娠 週_____ 授乳中ですか はい いいえ

9. 当院をお知りになったきっかけを教えてください(複数回答可 ○で囲んでください)

①知人の紹介 ②他の医療機関からの紹介 ③近所、通りがかり ④電柱広告を見て

⑤バスアナウンスを聞いて ⑥当院のホームページを見て

⑦その他_____

記入が終わりましたら受付に提出してください。