

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 記入者：本人・続柄_____

住所_____ TEL_____

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

15歳以下の方は、身長_____cm 体重_____kg

体温：来院前_____時に_____℃ 来院時体温(腋窩)_____℃

1. 具合の悪いところを具体的に記入してください。

何が一番お困りですか？

いつからですか？

今回の症状について、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？

通院期間は？

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 B型肝炎 C型肝炎 脳梗塞 脳出血

気管支喘息 熱性けいれん 心臓病・弁膜症 胃潰瘍 緑内障(眼圧が高い)

精神疾患：_____ 悪性腫瘍：_____

3. 今までに大きな病気(長期間の内服治療を含む)、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 手帳あり・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)

これまで吸ったことがない ・ 以前吸っていた(1日____本×____年間____まで)

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

現在の妊娠の可能性： なし ・ あり：妊娠____週

現在授乳中： はい 授乳中のお子さんの月令は____か月

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家族が通院 ③他の医療機関からの紹介 ④近所：自宅・職場

⑤電柱広告を見て ⑥当院のホームページを見て ⑦東京都の「ひまわり」で検索

⑧インターネット検索 ⑨その他_____

記入が終わりましたら受付に提出してください。