問　診　票

記入日：平成＿＿年＿＿月＿＿日
たなべ耳鼻咽喉科

ﾌﾘｶﾞﾅ
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　性別　　男　・　女
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日　明・大・昭・平＿＿年＿＿月＿＿日生　　携帯電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿
（※１５歳以下の方は身長･体重を記入してください → 身長＿＿＿＿＿＿ｃｍ　体重＿＿＿＿＿＿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。
高血圧　糖尿病　気管支喘息　熱性けいれん　心臓病・弁膜症　脳梗塞　脳出血
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　いずれも言われたことがない

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。