

No. \_\_\_\_\_

野原耳鼻咽喉科 問診票

§ 下記の該当する箇所に○印または必要な事項を書き込んで下さい。  
よくわからないところは、職員におたずね下さい。

- 【1】 今回の受診の理由となった具合の悪いところはどこですか？  
耳・鼻・のど・口・顔面・くび・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 【2】 いつ頃からどのように悪いのですか？ また、どちらかで治療を受けましたか？  
[ \_\_\_\_\_ ]
- 【3】 これまでにした病気および、現在治療中の病気に○印をつけて下さい。  
高血圧・糖尿病・ぜんそく・心臓病・脳卒中・前立腺肥大・緑内障・白内障・腎臓病・肝炎・肝硬変・  
腫瘍・結核・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・ちくのう症・中耳炎・じんましん  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 【4】 女性の方に → 妊娠を ( している ・ 可能性がある ・ していない )  
赤ちゃんと授乳を ( している ・ していない )
- 【5】 現在内服中のお薬がありましたら、すべて記入して下さい。  
[ \_\_\_\_\_ ]  
※抗凝固薬 ( 血液の流れを良くする薬 ) の服用の有無 ( ある ・ ない )
- 【6】 これまでに薬によってアレルギー症状をおこしたことがありますか？  
( ある ・ ない ) 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )
- 【7】 これまでに手術を受けたことがありますか？  
( いつ： \_\_\_\_\_ どんな手術： \_\_\_\_\_ )
- 【8】 喫煙歴： 1日に \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_ 生年月日 M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年齢： \_\_\_\_\_ 歳 ( 男 ・ 女 )

住所： 〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

体重： \_\_\_\_\_ kg 身長： \_\_\_\_\_ cm 記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日