

本日の体温（      、      ）

スキャニング  
 患者情報チェック

# 問 診 票

令和      年      月      日

ふりがな      性別      男・女

氏 名      \_\_\_\_\_ 生年月日      大・昭・平・令      年      月      日      歳

郵便番号（      -      ）      電話番号      \_\_\_\_\_      緊急連絡先      \_\_\_\_\_

住 所      \_\_\_\_\_

【乳幼児～小学生の方】 身長      \_\_\_\_\_      体重      \_\_\_\_\_ k g

【女性の方】 妊娠中ですか？      ( はい ・ いいえ ・ わからない )

授乳中ですか？      ( はい ・ いいえ )

【該当する方はご回答下さい】

◆血液がサラサラになる薬、血が止まりにくくなる薬は飲んでいますか？

( 飲んでいる ・ 飲んでいない )

◆薬や注射、食べ物などでアレルギーを起こしたことがあれば教えてください。

(      )

【以下、皆様ご回答下さい】

◆どこが悪くて耳鼻科に来られましたか？(○をつけて下さい)

右耳 ・ 左耳 ・ めまい ・ 鼻 ・ のど ・ 首 ・ あご ・ 舌

その他 (      )

◆いつから悪いのですか？

(      日前 ・      月前 ・      年前 )

◆どのような症状ですか？

(      )

◆以下の病気があれば○をつけて下さい。

喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 緑内障 ・ 甲状腺 ・ 腎臓病

前立腺肥大(男性のみ) ・ 熱性けいれん(小児のみ)

◆今飲んでいるお薬のある方は教えてください。

(      )

◆今までにかかった大きな病気、現在治療している病気を教えてください。

(      )

※ご協力ありがとうございました。