

診療申込・問診票

ふりがな			
氏 名		男・女	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 才
住 所 〒		電話 — —	

診療を円滑に進めるため、下記の事項にご記入下さい。

- どのような症状で来院されましたか？

耳：耳が痛い、耳がかゆい、耳だれ、耳あか、難聴、耳鳴り、めまい、

鼻：鼻づまり、鼻水、くしゃみ、鼻血、嗅覚障害、いびき、

のど：のどが痛い、舌が痛い、異物感、声がかすれる、咳、痰、

頸：頸が腫れる、

その他：〔 〕

- いつからですか？

- 内服薬・注射・食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったこと）がありますか？

ない ある ()

- これまでにかかった病気はありますか？

高血圧・糖尿病・高脂血症・肝臓・腎臓・胃十二指腸潰瘍・前立腺肥大・緑内障・喘息・アトピー性皮膚炎・結核・その他（ ）

- 現在飲んでいる薬はありますか？

()

- 酒・タバコはだいたい1日にどのくらい飲みますか？

酒 合、 ビール 本、 タバコ 本、

- 女性の方へ、妊娠していますか？

いいえ はい (ヶ月) わからない

- 乳幼児・小児の方へ、体重を記入下さい。 () kg

ありがとうございました。