



問 診 票

ID: _____

診療の参考にします。ご記入をお願いします。

年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 男 ・ 女 生年月日 M ・ T ・ S ・ H ・ R _____ 年 月 日

住所 (〒 -) _____

電話番号 - - _____

体温(熱のある方) _____ ° 体重(お子さんのみ) _____ Kg

1 現在の症状をお書き下さい。その症状はいつからですか？

2 今までにかかった事のある病気とその年齢をお書き下さい。

3 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ある(_____) ない

4 現在飲んでいるお薬があれば お書き下さい。(お薬手帳でも結構です。)

5 アルコールは飲みますか？ はい いいえ

1日の量は(_____)

6 たばこは吸いますか？ はい いいえ

1日の本数(_____ 本 _____ 歳から)

7 妊娠中・授乳中の方はお書き下さい。

妊娠中(_____)か月 ・ 可能性がある

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

☆ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？(差支えない範囲で結構です)

ご近所 ・ ご家族やご友人から聞いて ・ インターネット

その他(_____)

ご協力ありがとうございました。 岡田耳鼻咽喉科クリニック