

# 小金井わかば耳鼻咽喉科 問診票

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_

体重： \_\_\_\_\_ kg

生年月日：(大・昭・平・令) 年 月 日

ご年齢： \_\_\_\_\_ 歳

〒  
ご住所： \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ 携帯 — —

・どこが悪いですか？

みみ ( 右・左 ) ・ のど ・ はな ・ めまい ・ その他 体温 ( ) °C

どのような症状ですか？ ( )

いつからですか？ ( )

・今まで大きな病気にかかったことがありますか？

はい ( 病名： ) いいえ

・いま治療している病気がありますか？

はい ( 病名： ) いいえ

・いま飲んでいる薬はありますか？ ※お薬が多い方はお薬手帳をご用意下さい

はい ( 薬名： ) いいえ

・いままで薬・麻酔・食物でアレルギーがでたことがありますか？

はい ( 薬名： ) いいえ

( 症状： )

【女性の方】

・妊娠の可能性はありますか？

はい ( 週目 ) いいえ

・または授乳中ですか？

はい ( お子様 歳 か月 ) いいえ

※当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

- ・ホームページ
- ・タウンページ
- ・看板
- ・通りがかり
- ・人から聞いて
- ・ちらし、広告で
- ・家族が受診している