小金井わかば耳鼻咽喉科　問診票

フリガナ
お名前：　　（男・女）　　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　　ー　　ー

・どこが悪いですか？

みみ（ 右・左 ）・のど・はな・めまい・その他　　体温（　　）℃

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