

かわもと耳鼻咽喉科クリニック 問診票

年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
お名前	(男・女)		(歳)
ご住所	〒		
電話	自宅	体重	kg
	携帯	発熱	℃
職業			

① 今日はどうな症状でお越しになりましたか？

耳(右・左)	痛み、難聴、耳鳴、めまい、つまったかんじ、かゆみ、耳そうじ希望、補聴器希望、耳検査希望、耳手術希望
鼻	はなづまり、はなみず、くしゃみ、においがしない、痛み、のどに流れる鼻出血、アレルギー検査希望、花粉症治療希望、鼻手術希望
のど	咳、痰、痛み、いわかん、はれている、味がしない、つまるかんじ いびき、無呼吸
その他	

② いつからの症状ですか？

[]

③ 今までかかった(かかっている)病気で該当するものがあれば○をしてください。

緑内障・前立腺肥大・糖尿病・高血圧・肝臓疾患・腎臓疾患・心臓疾患・喘息・甲状腺

[]

④ 使用中の薬があれば記載してください

(お薬手帳、説明書きなどがあれば受け付けに提出してください)

[]

⑤ 今までに薬や食べ物でアレルギーがおこったことがありますか？

はい・いいえ はいの方：どの薬・食べ物で、どういった症状がでましたか？

[]

⑥ 女性の方へ、現在妊娠されていますか？

はい・いいえ (はいの方：妊娠 月・出産予定日： 月 日)

⑦ 女性の方へ 現在授乳されていますか？

はい・いいえ (はいの方： 月のお子さんに授乳中)

⑧ お子様へ 薬の形態についてお伺いします。

なんでものめる・錠剤希望・カプセル可・粉末・シロップ

⑨ どのような診療をご希望ですか？

十分な検査希望・検査はあまり希望していない・手術希望・その他

⑩ なにをみて当院へこられましたか？

近いから、知人の紹介、ホームページ、家族が受診している

⑪ 医療費明細書の発行を 希望する・希望しない