

問診票

フリガナ _____

名前 _____ 男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

電話番号() _____ 携帯電話 _____ 年齢 歳
〒 _____

住所 _____

体温 _____ °C 体重 _____ kg (成人の方は未記入で結構です)

※ 当院にはじめてかかれる方は上記の項目を必ずご記入ください。

◆ いつ頃から、どのような症状でお困りですか？

例)・〇日前から、喉が痛い。・〇月〇日から、右耳の聞こえが悪い。

[]

◆ お困りの症状の原因として、思い当たることはございますか？

例)・扁桃炎になりやすい。・耳垢が溜まっているかも。

[]

◆ 既往歴について教えてください。

例)・〇年前(又は〇歳の時に)扁桃腺の手術。・高血圧、糖尿病の薬を飲んでいる。

[]

※ お薬手帳をお持ちの方は、受付・又は診察の際、医師にご提出ください。

◆ 女性の方へ

- ・現在、妊娠中ですか？妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ
(はい：現在、妊娠 _____ ヶ月 出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- ・現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ (はい： _____ 歳 _____ ヶ月)

記入が済みましたら、受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。



川田耳鼻咽喉科クリニック

KAWADA ENT CLINIC