

耳鼻咽喉科問診票

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日
お名前			年 月 日 (歳)
住所*	〒		
電話番号*	自宅：	携帯：	

*再診の方は、変更のある場合のみ記入してください

○具合の悪いところはどこですか？

耳 ・ 鼻 ・ のど ・ くび ・ めまいがする

具体的にお書きください

()

○いつからですか？

○今まで大きな病気をしたことがありますか？

なし ・ あり → ()

○現在服用している薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方は、ご提示ください)

なし ・ あり → ()

○お薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

なし ・ あり → (薬 :
食べ物 :
その他 :)

○たばこを吸いますか？

いいえ ・ はい → (1日 _____ 本 × _____ 年) ・ やめた → (_____ 年前)

◆女性の方に◆

○現在妊娠している可能性がありますか？

いいえ ・ はい → (_____ 週)

○現在授乳中ですか？

いいえ ・ はい

