

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？

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：

○過去に手術や事故などで体内に金属などが埋め込まれていますか？

なし ・ あり →

◆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

○現在授乳中ですか？

いいえ ・ はい

