

当院記入欄

月日

□マイナ □自費 □12 No.

問診票

問診票は診療目的以外では使用いたしません。プライバシーに関わることなので取り扱いには慎重に致します。
上本町駅南おかとう耳鼻咽喉科

フリガナ お名前		性別	男・女	小児の場合は体重(Kg)	
		生年月日	昭・平・令	年	月 日(歳)
住所	〒 — —				
電話番号	— —	体温(熱のある方)	℃ (平熱 ℃)		

①今日はどうされましたか。○をつけてください。

耳の症状(右・左)

痛い・かゆい・つまり感・聞こえにくい・耳鳴り・耳だれ・耳掃除

鼻の症状

つまる・くしゃみ・鼻血・匂いがわからない・鼻水(透明・黄色・緑)

のどの症状

痛い・つまり感・声がかすれる・咳がでる・味がわかりにくい・痰がでる(透明・黄色・緑)

その他の症状

めまい・目がかゆい・頭痛・いびき/無呼吸

上記以外の症状

ご記入下さい。()

②いつ頃からその症状はありますか? ____月 ____日頃(____日前から)

③今内服している薬があればご記入下さい。(お薬の名前:)
お薬手帳をお持ちの方は受付スタッフにお渡しください。

④治療中の病気に○または記入をお願いします。
高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・前立腺肥大・緑内障・その他()

⑤薬もしくは食物のアレルギーはありますか。(はい ・ いいえ)(名前:)

⑥喫煙していますか。(はい 本/日 ・ いいえ)

⑦お酒は飲みますか。(全く飲まない ・ 週に 日 ・ たまに飲む程度)

⑧女性の方にお聞きします。
・妊娠されていますか。(している:現在 週 ・ していない ・ 疑いあり)
・授乳中ですか。(はい ・ いいえ)

⑨各種検査等希望があればチェック☑してください。

□ 感染症検査 (□コロナウイルス □インフルエンザ □溶連菌)

□ アレルギー検査

□ 自費注射(にんにく注射/高濃度 にんにく注射/二日酔い改善注射/高濃度白玉注射)

□ 予防接種(带状疱疹/HPVワクチン)

⑩その他、医師に伝えたいこと、聞きたいことなどがあればご記入下さい。

[]

※医師が必要と判断した場合は、検査・処置を実施します。苦手な検査等ありましたらお申し出ください。