

ふりがな

T・S

氏名

男・女

H・R

年

月

日生

歳

〒

住所

体重 \_\_\_\_\_ Kg

電話番号

職種

\*お薬手帳を持参されていたら、この問診票と一緒に受付へお渡しください。

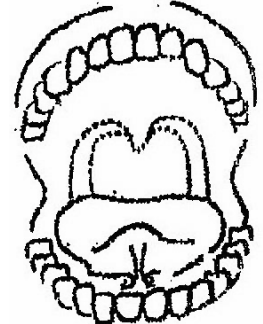
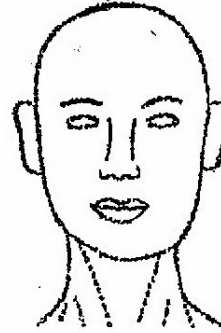
1. 今日どのような症状で受診されましたか。また、その部位に○印を付けてください。



【部位】右

左

口の中



2. その症状は、いつからですか。

\*熱のある方 \_\_\_\_\_ °C

3. その症状で、他の病院は受診されましたか。

・ はい 病院名

(紹介状をお持ちの方は受付へお渡しください)

・ いいえ

4. 現在、下記の病気で治療を受けていますか。○印を付けてください。

高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 喘息 その他( )

5. 今までに薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか。

・ はい 薬の名前

症状

・ いいえ

6. 女性の方のみ。現在妊娠中の可能性がある、もしくは授乳中ですか。

・ 妊娠の可能性がある→週数がわかる場合はご記入ください。( )週

・ 授乳中である

7. 15歳未満の方

薬の希望(粉・シロップ・粉&シロップ・錠剤)

中耳炎になったことはありますか あり・なし 切開したことはありますか あり・なし

8. [はな][のど]の症状の方 吸入を希望しますか 希望します・希望しません



吉野耳鼻咽喉科

YOSHINO ear, nose, and throat clinic