

※A4サイズでの印刷をお願いします。

I D

問診票 ～もぎたて耳鼻咽喉科～

フリガナ（ ）

お名前 男・女 大・昭・平 年 月 日生

郵便番号 —

住所

携帯番号 — — 自宅番号 — —

1. 今日はどうされましたか？ 症状はどのくらい前からですか？

2. 今までに薬のアレルギー（じんましん等）を認めたことはありますか？

☐ ない

☐ ある → ある場合はその薬剤名を下記に記入してください。

3. 現在治療している病気はありますか？

あてはまるものに○を書いてください。

高血圧 糖尿病 胃潰瘍 喘息 不整脈 狭心症 心筋梗塞

肝炎【B型・C型・その他（ ）】 その他（ ）

4. 現在内服中のお薬がありますか？

☐ ない

☐ ある → ある場合はその薬剤名を下記に記入してください。

5. 今までに手術をしたことがありますか？

☐ ない

☐ ある → ある場合は手術内容を下記に記入してください。

6. （患者がお子様の場合）体重は何キロですか？ （ ） k g

7. （患者が女性の場合）

妊娠してますか？ ☐ はい ☐ いいえ

授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ