

問診票

この問診表は、診察する上で大切な資料となります。わかる範囲で詳しくおしえてください。

ふりがな	男 ・ 女	生年月日 明 大 昭 平 年 月 日 才	ご住所 〒 _____
お名前		体重 () kg 身長 () cm	
TEL ()		携帯 ()	

病院
使用欄

病院
使用欄

病院
使用欄

病院
使用欄

病院
使用欄

病院
使用欄

病院
使用欄

(1) どうなさいましたか？具体的にお書きください。

- 耳 ()
鼻 ()
のど ()
その他 ()

(2) ぜんそく・アトピー性皮膚炎などのアレルギーはありますか？

・いいえ ・はい⇒病名 ()

(3) 薬でじんましんが出るなど具合が悪くなったことがありますか？

・いいえ ・はい⇒症状 ()

(4) 今までにかかった大きな病気、現在治療中の病気を教えてください。

() ()

(5) 現在飲んでいる薬はありますか？

・いいえ ・はい⇒お薬の名前 ()

(6) 女性の方に伺います。現在妊娠、もしくは授乳されていますか？

妊娠：・いいえ ・はい ・可能性がある

授乳：・いいえ ・はい

(7) あなたの状態を教えてください。

- ・タバコ () 本/日
・お酒を (毎日飲む 週に2、3回 飲まない)

(8) 特に希望されること、またこれまでの治療での疑問点・不満点があればお教えてください。

()

(9) 当院をお知りになったきっかけは？(複数回答可)

- ① ご紹介 (ご家族様 ご友人 _____ 様)
② 近所・通りがかり ③ クリニックビルの他科に通っていたのがきっかけで
④ 看板を見て (どの看板ですか？ ・クリニックの前の看板 ・駅の看板)
⑤ 電話帳 ⑥ ホームページ
⑦ その他 ()

ご記入おつかれさまでした