

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ				
お名前：	生年月日	年	月	日
〒 住所	電話：			
	携帯：			
会社名	会社連絡先			

以下については○を付けてください。

いつから： 3日以内 4日以上前

耳： 痛い 聴こえづらい かゆい つまる 耳だれ 耳鳴 その他

鼻： 痛い つまる 鼻水 くしゃみ におい かゆい 鼻血 その他

のど： 痛い 痰 咳 腫れ つかえる 声がれ 違和感 しみる その他

その他： 痛い 腫れ いびき 口内炎 味の異常 その他

めまい： くるくる ふわふわ じっとしていれば止る まっすぐ歩けない その他

一番困っていることは何ですか： _____

身長 cm 体重 kg 体温 °C

既往歴： 喘息 高血圧 糖尿病 心疾患 脳梗塞 肝臓・腎臓の病気

その他: _____

常用薬： _____

手術歴： 耳手術 鼻手術 □・喉の手術 顔面・くびの手術

その他の外科手術 _____

アレルギー 薬のアレルギーが ない ある 薬剤の名前： _____

食物アレルギー ない ある 食物の名前： 卵・牛乳・その他

喫煙歴： 吸わない 以前吸っていた 吸う 1日 本× 年間

飲酒歴： 飲まない 時々飲む 毎日飲む

職業： _____

女性のみ： 妊娠中 授乳中

来院のきっかけ： 当ビル勤務 大崎に勤務 近所に住んでいる 知人の紹介 インターネット検索
五反田に勤務 品川に勤務

見たことがあるもの： 駅看板・電柱広告・当院ホームページ

領収書以外に明細書が 必要 不要