∓ 1

【問診票】					
ふりがな		二で住所	 〒	_	
お名前	男女				
大・昭・平・令		自宅電話			
年 月 日生	歳	携帯電話			
【今日はどうされましたか	?]			今日の体温() ℃
耳		鼻		のど	
 ・ 耳掃除希望 ・ 耳痛 (左・右) ・ 耳が痒い (左・右) ・ 耳だれ (左・右) ・ 聞こえにくい (左・右) ・ 耳鳴り (左・右) ・ 耳がつまる感じ (左・右) 	鼻掃除希望鼻づまり鼻水(水様・粘性・黄色・緑色)くしゃみ鼻水がのどに流れる鼻血 (左・右)匂いがしない			発熱時体温(頭痛のどが痛いのどがかゆい声がかれる咳たん) ℃
耳の下が腫れている首が腫れているめまい	・アレル	味がしない・ のどがつまる感じアレルギー性鼻炎の手術希望・ 息が苦しいアレルギー検査希望・ いびき・睡眠時無じ			
【いつごろから症状がでましたが	b'?】 オ	2日・()) 日前 •	()週間前 • ()ヶ月前から
【その他の症状があればお書き下さい】					
	= 1 +=	10			
【他の病院でかかっている病気があれば		なし ・ あり			
病名を教えてください】 		<u>病院名:</u>			
高血圧 糖尿病 心臓病	脳梗塞	高脂血症	肝臓病() 腎臓病	()
端息 胃潰瘍 緑	力障 前	立腺肥大	その他()
【現在、服用中の薬はありますが	なし ・ あり				
	[-	〈ありの方〉			
☆投薬中の方はお薬手帳を受付で ご提出ください。		薬の名前:			
【食べ物や薬に対するアレルギーがあれ _】 ば教えてください】		なし_・_あり 〈ありの方〉アレルギー: 合わなかった薬や食べ物の名前と状態 、			
【女性の方へ】		現在妊娠中ですか?(いいえ ・ はい ヶ月 ・不明) 授乳中ですか?(いいえ ・ はい)			
【詳しい処置の明細は必要ですか?】 なし・ あり					
【ご来院のきっかけについてお尋ねします】		家の近く ・ 会社、学校の近く ・ 看板 新聞雑誌記事 ・ ご家族からの紹介 ・ 知人からの紹介 病院からの紹介 病院名()			