

問診票(再診時)

ID _____

フリガナ _____

お名前： _____ (男 ・ 女)

生年月日： T・S・H 年 月 日

(15 歳未満の方 → 体重 kg)

◎ 本日の症状 (症状がある部位に○をしてください)

耳 (右 ・ 左) / 鼻 / のど / 首 / 顔面 / その他 ()

◎ 前回受診時からどのような症状が続いていますか？

()

◎ 新しく出てきた症状はありますか？

()

◎ 現在、治療中の病気はありますか？

ない ・ ある

病名： ()

病院名： ()

◎ 現在、内服中の薬はありますか？

ない ・ ある

薬品名： ()

◎ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない ・ ある

アレルギー： ()

◎ タバコは吸われますか？

吸わない ・ 吸う (本/日) ・ やめた (本/日、 歳から 歳まで)

◎ お酒は飲まれますか？

飲まない ・ 飲む (日/週、種類： 、一日量： 本 / ml / 合)

◎ 妊娠中・授乳中の方 (該当する方のみ)

妊娠中 (週、出産予定日 月 日) ・ 授乳中

