

問診票(初診時)

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)

住所： 〒 _____

電話番号 (緊急時連絡先)： _____

◎ 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 ()

◎ どのような症状がありますか？

()

◎ いつからその症状がありますか？

()

◎ 症状に気付いたきっかけや原因に心当たりがあればご記載ください。

()

◎ 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

