

森耳鼻咽喉科医院 問診票

診断・治療の基礎となりますので、なるべく詳しくご記入下さい。

令和 年 月 日

フリガナ		〒	—
氏名		住所	
性別 男・女	体重 kg	職業	TEL (— —)
			未婚・既婚・学生

・気になる症状をお書き下さい。それはいつ頃からですか？（花粉症の方は、裏面の記入もお願いします）

・現在、他の医師または病院にかかっていますか？ いつ頃から？（ ）
① かかっている ② かかっていない（病院名）
（病名または症状）

・現在内服中の薬はありますか？ ① ある 薬の名称がわかる方は ② ない
お薬手帳をお持ちの方は見せて下さい（ ）

・特異体質・薬や食物アレルギーがありますか？ ① ある ② ない
薬（ ） 食物（ ） その他（ ）

・今迄に次のような病気にかかった事がありますか？ ① かかった ② かかったことがない
1. 心臓病 2. 高血圧または低血圧 3. 神経痛 4. 肝臓病 5. 腎臓病 6. 糖尿病
7. 胃腸病 8. 貧血 9. 交通事故 10. 未熟児 11. ぜんそく 12. その他（ ）

・今迄に手術を受けたことがありますか？ ① ある ② ない
（手術名）
（ 才ごろ）（病院名）

・今迄に血が止まりにくかったことがありますか？ ① ある ② ない

・女性の方にお聞きます 生理は ① 正常 ② 異常 ③ 妊娠中（ ヶ月）
④ 授乳中 ⑤ 閉経している

・他に希望などありましたらご記入下さい。