

耳鼻咽喉科 問診票

西暦 20 年 月 日

(分からない点などございましたらお気軽にスタッフにお尋ねください。)

ふりがな

お名前： 性別： 男性・女性 年齢： 歳

住所：

電話番号： 体重： Kg 体温： °C

I. どうされましたか？

(いつごろから、どのような症状があったか、具体的にお書きください。)

{ }

II. 現在、治療中の病気や内服薬などはありますか？

ない

ある ありの方は、具体的にお書きください。

{ }

III. 今までに入院や手術など大きな病気をしたことはありますか？

ない

ある どのような病気でしたか？

{ }

IV. 今までに耳鼻咽喉科を受診したことはありますか？

ない

ある どのような症状でしたか

{ }

V. 今までに薬や注射、食べ物などで体に合わなかったものはありますか？

ない

ある ありの方は具体的にお書きください

{ }

VI. たばこは吸いますか？

(いいえ・はい 本/日)

VII. 現在、妊娠、授乳等していますか？

(していない・している)