

問 診 票

平成 年 月 日

カルテNo.			※1ヶ月以内の海外渡航履歴（有・無） 有りの方は国名（ ）	
名 前	フリガナ	紹介状 なし ・ あり		
		医療機関名 []		
生年月日	T · S · H	年 月 日	性別	男 ・ 女 満 歳
住 所	〒		身長	cm
			体重	kg
電話番号		携帯番号		

●どんな症状がありますか？ ※一番気になる症状をお書きください。

[部 位] 耳 ・ 鼻 ・ のど ・ その他 []

[症 状]

[いつから?]

●通院中の病気はありますか？

いいえ ・ はい

●内服中のお薬はありますか？

いいえ ・ はい

●今までにどんな病気をしましたか？（下記の疾患があれば○をつけてください。）

喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病

手術：

その他：

●薬のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい

.....
.....

●食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい

.....
.....

●タバコは吸われますか？

いいえ ・ はい [1日量]

●過去にタバコを吸った事がありますか？

いいえ ・ はい [いつまで]

[1日量]

●お酒は飲まれますか？

いいえ ・ はい [種類] [1日量]

◎女性の方にお聞きします。

現在、妊娠の可能性はありますか？

授乳中ですか？

いいえ ・ はい

いいえ ・ はい