

問 診 票

令和 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・R 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



せのお耳鼻科クリニック
Senoh Otolaryngology Clinic