

問 診 表

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏 名	男 ・ 女	住 所	〒			
		電話番号				

1. 本日おかけの診療科を選択してください。 (皮膚科 ・ 耳鼻咽喉科)
2. いつから、どこがどのように具合が悪いのですか？
3. 今までに病気、手術、外傷あるいは入院等の経験はありますか？ (はい ・ いいえ)
(病名・医療機関名等：)
4. 現在治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)
(病名・医療機関名等：)
5. 食物や薬品のアレルギーはありますか？ (あり ・ なし)
(食品・薬品名：)
6. ペットを飼っていますか？ (はい ・ いいえ)
(犬 ・ 猫 ・ その他：)
7. 下記の中で当てはまる場所を選んで下さい。
 たばこ： 吸わない 吸う (1日に 本、約 年間)
 酒： 飲まない 飲む (種類：)
 (量：)
8. 現在、服用している薬剤はありますか？ (あり ・ なし)
(薬剤名：)
9. 女性の方へ
 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)
 妊娠している可能性は？ (あり ・ なし) 妊娠週数 () 週
10. 当院をどのように知りましたか？
(ホームページ・知人からの紹介・広告・その他【 】)