

ID

受付番号

【問診票】 記入日： 年 月 日

ふりがな		ご住所 〒 —	
お名前		男	女
明・大・昭・平・令	年齢	自宅電話	体重
年 月 日	歳	携帯電話	kg

Q.今日はどうされましたか？ 体温（ ）℃

耳（右・左）	鼻	のど
<ul style="list-style-type: none"> ・耳掃除希望 ・耳が痛い ・耳がかゆい ・耳だれ ・聞こえにくい ・耳鳴り ・めまい ・耳がつまる感じ ・耳の下が腫れている 	<ul style="list-style-type: none"> ・鼻処置希望 ・鼻づまり ・鼻水（水様・粘性・黄色・緑色） ・くしゃみ ・鼻水がのどに流れる ・鼻血（右・左） ・匂いがしない ・鼻・顔が痛い ・アレルギー検査希望 	<ul style="list-style-type: none"> ・のどが痛い ・咳・たん ・声がかれる ・声が出ない ・のどがつまる感じ ・のどの違和感 ・息が苦しい ・いびき・睡眠時無呼吸 ・首が腫れてる ・口内炎

Q.いつ頃から症状が出ましたか？ 本日・（ ）日前／週前／月前／年前 から

その他症状や質問があればお書きください。

Q.他の病院でかかっている病気、今までの大きな病気があれば教えてください。（なし・あり）

高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝炎（B・C） 腎臓病 アレルギー性鼻炎・花粉症
 脳梗塞 喘息 緑内障 前立腺肥大 その他（ ）

Q.現在内服中の薬はありますか？（なし・あり→※お薬手帳を受付にお出しください）

内服中の薬：

Q.お薬や食べ物にアレルギーはありますか？（なし・あり）

具体的に：

Q.女性の方へ。現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？（いいえ・はい）

妊娠（ ）週／ヶ月 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

Q.特に希望されること、またこれまでの治療での疑問点・不満点があればお教えてください。

Q.ご来院のきっかけについてお尋ねします。（複数回答可）

家の近く ・ 会社や学校の近く ・ インターネット ・ ビル看板 ・ パンフレット
 ・ ご家族の紹介 ・ 知人の紹介 ・ 病院からの紹介：病院名（ ） ・ その他

★★労災や自賠責、自費診療など、一般保険診療以外を希望される方はチェック☑をつけてください(□)

ご質問等ございましたら、お気軽にスタッフまでお声かけください。


マチノマ耳鼻咽喉科大森

アレルギー入力

体重入力