

初めてのの方に（問診票）

年 月 日

※答えられる範囲でお書きください。

ふりがな	生 年 月 日	大正	年	月	日
お名前		昭和			
		平成			
					(歳)
〒 ご住所					
お電話 () - 携帯電話 -					身長: cm
					体重: kg

1. 今日はどのような症状でみえましたか。
いつからわるくなりましたか。 ()

症状をお書きください。

お熱のある方

(°C)

2. 現在治療中の病気や今までにかかったことのない 高血圧 糖尿病 ぜんそく アトピー性皮膚炎
のある病気はありますか。 緑内障 前立腺肥大症 脳梗塞 心筋梗塞
その他()

現在病気で他の医師にかかっていますか。 ない 医院名:

また現在服用中のお薬はありますか。 ない (お薬の名前)

※お薬手帳のある方はご提示ください。

3. 薬や食べもののアレルギーはありますか。 ない
ある ()

4. (女性の方) 現在妊娠中ですか。 いいえ・はい (週)
授乳中ですか。 いいえ・はい

5. タバコは吸いますか。 いいえ・はい (1日 本)・やめた

6. お酒は飲みますか。 いいえ
はい (お酒の種類: 1日に ml)

7. 診察に際してご希望がありましたらご記入ください。(例: アレルギー検査・聴力検査・補聴器相談など)

8. 当院を何でお知りになりましたか。 知人から 看板広告 直接当院を見て HP
その他 ()



すずきクリニック耳鼻咽喉科

SUZUKI Ear, Nose & Throat CLINIC

当院では患者様の個人情報を厳重に管理いたします。患者様のご承諾がない限り、記載された個人情報を第三者に開示することはありません。