

# 問 診 表

フリガナ									
氏名									
生年月日	明治	大正	昭和	平成	令和	年齢	性別	男	女
	年	月	日			才			
住所	〒								
電話番号	-			-					
体重 (10歳以下の方のみ記入してください)									k g

- ◆ 当院を何でお知りになりましたか？○で囲んでください。  
インターネット 電話帳 友人・知人からの紹介 他院からの紹介 看板  
その他→
- ◆ どこが具合悪いのですか？○で囲んでください。  
耳 (右 左) 聞こえ 耳鳴 めまい 鼻 花粉症 のど 声 口の中  
その他→
- ◆ いつから悪くなりましたか？  
( 日前 ケ月前 年前から )
- ◆ どのように悪いのですか？ (症状を書いてください)
- ◆ 他の病院では何と言われましたか？
- ◆ 薬・食べ物のアレルギーはありますか？  
1.ある( ) 2.ない
- ◆ 緑内障又は前立腺肥大はありますか？ 1.緑内障 2.前立腺肥大 3.ない
- ◆ 心臓疾患・肝臓疾患(B型・C型肝炎など)・H I V感染はありますか？  
※特に感染症がある方は必ず申告をお願いします。  
1.ある(病名 ) 2.ない
- ◆ 他にかかったことのある病気を書いてください。
- ◆ 現在飲んでいる薬があれば記入してください。
- ◆ 輸血をしたことがありますか？ 1.ある 2.ない
- ◆ 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ 1.ある 2.ない
- ◆ 現在授乳中ですか？ 1.はい 2.いいえ