

耳鼻咽喉科問診票（新規・再診）ID_____

フリガナ _____

お名前：_____（男・女）

生年月日：西暦_____年_____月_____日（満_____歳_____カ月）

15歳未満の方 → 体重_____kg

※ 発熱の症状がある場合は、お知らせください。 院内体温（_____℃）

◎ 本日の症状（症状がある部位に○をしてください）

耳（右・左） / 鼻 / のど / 首 / 顔面 / その他（_____）

◎ どのような症状がありますか？

（_____）

◎ いつからその症状がありますか？

（_____）

◎ 現在、治療中の病気はありますか？ある方のみご記入ください。

病名（_____） 病院名（_____）

◎ 現在、内服中の薬はありますか？ある方のみご記入ください。

薬品名（_____）

◎ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない ある

アレルギー（_____）

以下、成人の方のみご記入ください。

◎ タバコは吸われますか？

吸わない 吸う（_____本/日） / やめた（_____本/日、_____歳から_____歳まで）

◎ お酒は飲まれますか？

飲まない 飲む（_____日/週、種類：_____、一日量_____本 / ml / 合）

◎ 妊娠中・授乳中の方（該当する方のみ）

妊娠中（_____週、出産予定日：平成_____年_____月_____日）

授乳中