

問 診 票

診察に必要なになりますので、ご記入ください。 ※診察以外に使用することはございません。

診 療 日	年 月 日 曜日				
ふりがな					
氏 名		性別	男・女	年齢	歳
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生				
住 所	〒 - 山梨、 県 TEL: - - 携帯: - -				

1) 今回は、どのような症状で来られましたか？

耳（右・左・両） ・ 鼻 ・ のど ・ めまい ・ くびのはれ その他（ ） ※ お熱のある方 体温 °C 高い方は受付にお申し出ください。
--

☆ 具体的にお書きください

いつからですか？ どのような症状ですか？

2) これまでに、どのような病気にかかりましたか？

なし あり（ ）

3) お薬についてお聞きします。

本日、お薬手帳をお持ちですか？（ いいえ はい → 受付にお見せください。 ）

現在服薬しているお薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は記入の必要はありません）

なし あり（ ）

☆ 体に合わないお薬はありますか？

なし あり（薬名: 症状: ）

4) 生活習慣について

たばこ: ・吸わない ・吸う（約 本/日）（約 年間） ・以前吸っていた（ 年前まで、約 本/日） アルコール: ・飲まない ・飲む（一日量 ）
--

5) 妊娠（ 無、 有 _____週・月 ） 授乳（ 無、 有 _____週・月 ）

6) 15歳未満のお子様は、体重をお書きください。 _____kg

ご記入いただき、ありがとうございました。

耳鼻咽喉科・アレルギー科 まつざきクリニック 院長