

ID

# おおの耳鼻咽喉科クリニック

## 問 診 票

〒 \_\_\_\_\_ 受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
住 所: \_\_\_\_\_

電話番号:( \_\_\_\_\_ )

携帯番号:( \_\_\_\_\_ )

フリガナ

氏 名: \_\_\_\_\_ (男・女)

生 年 月 日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生( \_\_\_\_\_ 歳)

※体重 \_\_\_\_\_ kg(15歳以下の方のみ)

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. 今までにかかった病気を○で囲んでください。また、それはいつ頃ですか。

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳梗塞 喘息 肝臓病 腎臓病  
胃潰瘍 白内障 緑内障 前立腺肥大症

その他の病気 \_\_\_\_\_

いつ頃ですか \_\_\_\_\_

3. 今飲んでいる薬があればご記入ください。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. 入院や手術をしたことがありますか。 はい ・ いいえ

5. あなたの血縁関係で、次の病気にかかった方がいれば○で囲んでください。

高血圧 脳卒中 心臓病 糖尿病 がん

6. 次の質問にお答えください。

・タバコは吸いますか。

いいえ・やめた(いつから: \_\_\_\_\_)

はい (1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間)

・お酒は飲みますか。

いいえ・はい (時々・毎日 \_\_\_\_\_ 1日の量)

・今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

いいえ・はい(種類: \_\_\_\_\_)

7. 女性の方へお尋ねいたします。

・妊娠している可能性はありますか

いいえ ・ はい( \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ わからない ・ 授乳中である

ご協力ありがとうございました。