

問 診 票

佐々木^{耳鼻科}クリニック

フリガナ		男・女	生年月日	明大 昭平	年	月	日 ()	才
氏名	様							
住所	〒 -							
電話				Eメール アドレス(任意)				

以下の項目について、おたずねします。

1) 今日どのようなことで来院されましたか？

それはいつごろから始まりましたか？ ()

2) 現在医師の治療を受けたり、内服している薬がありますか？ ある・ない

病名 () 薬名 ()

3) 今までに重い病気や手術をしたことがありますか？ ある・ない

病名 ()

4) 今までにのみ薬や注射で気分が悪くなったことがありますか？ ある・ない

薬名 ()

5) 食物アレルギーはありますか？ ある・ない

食物名 ()

6) 嗜好品 アルコール() ml / 日、タバコ() 本 / 日

7) 女性の方にお聞きいたします。

現在妊娠している可能性はありますか？

ある() ヶ月) ・ ない ・ わからない

8) 15歳未満のお子さんは体重をお書き下さい。 体重 () kg

9) 当院を何で知りましたか？

通りがかり ・ 看板 ・ 電話帳 ・ インターネット ・ チラシ ・ 友人知人

家族が受診 ・ 他院からの紹介 ・ その他 ()