

# 問 診 票

記入日 \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

フリガナ		生年月日	T・S・H	年	月	日
お名前		性別	男・女	年齢		歳
住 所	〒	連絡先	自宅			
			携帯			

☑ 当院を受診されたきっかけを教えてください。(複数選択可)

- ホームページを見て (パソコン)       家族の紹介       看板       以前に来た事がある  
 ホームページを見て (携帯)       近所       知人の紹介 ( )  
 病院の紹介 ( )       手術希望       その他 ( )

☑ いつ頃からどのような症状がありますか？

( )

ご職業	
体重	kg
体温	℃

☑ 今までもしくは現在、下記の病気にかかったことがありますか？

- 喘息     アトピー     高血圧     心臓病     糖尿病     肝臓病 ( B型肝炎 ・ C型肝炎 )  
 腎臓病     胃腸病     結核     緑内障     脳梗塞     脳出血     悪性腫瘍  
 その他 ( )

※ 内服薬があればご記入ください。( )

※ 今までに手術を受けた事があればご記入ください。( )

☑ 現在、上記以外で他の病院にかかっている病気はありますか？お薬名も併せて具体的にお書き下さい。

( ※お薬名 )

☑ 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

いいえ     はい (薬や食べ物の種類: 症状: )

☑ 局所麻酔でショックを起こしたことがありますか？

ない     ある (症状: )

☑ たばこは吸われますか？

吸わない     以前吸っていた     吸う

1日 \_\_\_\_\_本 × \_\_\_\_\_年間 (以前吸っていた方は \_\_\_\_\_年前に禁煙)

☑ アルコールは飲まれますか？

毎日飲む     時々飲む     飲まない

☑ 女性の方へ

妊娠されていますか？     いいえ     可能性あり     はい (妊娠 \_\_\_\_\_週目)

授乳されていますか？     いいえ     はい (お子さんの年齢 \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_カ月)

医療法人顕夢会

ひろしば耳鼻咽喉科

京都みみはな手術センター

一色記念ボイスセンター

最後にご署名をお願い致します。 署名【 \_\_\_\_\_ 】

※当院よりご自宅へ電話連絡があると困る方はご相談ください。