

# 問診表

フリガナ 氏名	男・女	生年 月日	明・大 昭・平	年齢	歳
住所 〒					
電話 ( ) -	携帯				
職業	E-mail				

体温 \_\_\_\_\_ °C / (小学生以下の方) 体重 \_\_\_\_\_ kg 兄弟(無・兄・姉・弟・妹)

1. 今、最もつらい症状は何ですか \_\_\_\_\_

2. いつから、どんな症状が始まりましたか また、現在までどのように変化していますか  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 今までに下記の病気をしたことがありますか 無・有  
心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病 糖尿病 胃腸病 喘息 緑内障  
アトピー性皮膚炎 前立腺肥大 悪性腫瘍 貧血 その他( )

4. 現在、治療している病気がありますか 無・有  
病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

5. 今までに、手術をしたことがありますか 無・有  
病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

6. 現在、治療のために飲んでいる薬がありますか 無・有  
\_\_\_\_\_

7. 薬や食物のアレルギーはありますか 無・有  
\_\_\_\_\_

8. タバコは吸いますか 吸わない・吸う 1日平均 \_\_\_ 本 \_\_\_ 年間

9. (女性の方のみ)現在、妊娠中または授乳中ですか 無・有  
妊娠 \_\_\_ 週 授乳中 妊娠の可能性がある

10. その他、ご質問、ご希望がありましたらお書きください

ご協力ありがとうございました



足立耳鼻科クリニック