

一般問診票

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平	年 月 日生
御名前			体重 (13歳未満のみ)	kg

↓初診の方のみご記入下さい。

御住所	〒	電話	()
-----	---	----	-----

①どのような症状がありますか？

②それはいつごろからですか？

③今回の症状について他の病院で出されていたお薬がありますか？（ある・ない）
ある場合のみ薬の内容がわかる範囲でお書き下さい。↓

④いままでに次のような病気にかかったことはありますか？（ある・ない）
ある場合にはその病気に○をつけて下さい。↓
ぜんそく 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 胃潰瘍 貧血 緑内障
(⇒透析している・いない)
前立腺肥大 アトピー性皮膚炎 じんましん 卵アレルギー 結核
上記以外に大きな病気をしたり、手術をしたりしたことがある場合はお書き下さい↓

⑤いつものんでいるお薬がありますか？（ある・ない）
ある場合のみ薬の内容がわかる範囲でお書き下さい↓

⑥お薬や食べ物で副作用がでたことがありますか？（ある・ない）
ある場合のみ薬や食べ物の内容がわかる範囲でお書き下さい↓

⑦たばこは吸いますか(吸っていましたか)（はい:1日 本 喫煙歴 年・いいえ）

⑧お酒はのみますか（はい:1日に を ml・合 程度・いいえ）

⑨今回の診察で、薬が出た場合には ↓どちらかに○をつけてください。

（ 当院でもらう(院内処方) ・ 院外の薬局でもらう(院外処方) ）

*なお院内処方では大部分の耳鼻咽喉科処方ができますが、一部出来ないものもあります。
その他ご希望・ご質問がございましたらお書き下さい。

以下は女性の方のみお伺いします。

妊娠して (いる:現在 週 ・ いない ・ わからない)
授乳中ですか？ (はい・いいえ)

問診のお答えに虚偽の記載があった場合は診療が著しく健康を害する事がありますので、
ご注意ください。

四日市市羽津山町7-8

足立耳鼻咽喉科