問　診　票

ふりがな	
氏　　名	
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日生　（　　）才
住　　所	〒 電話　　（　　）

体重［　　］kg　　体温［　　］℃

○ 今日は どうされましたか？　（○で囲んでください）

み　み　：　痛い・かゆい・みみだれ・みみなり・きこえにくい
は　な　：　はなみず・はなづまり・くしゃみ・においが気になる・
　　においがしない・はなぢが出る・花粉症の治療
の　ど　：　痛い・せき・たん・声がおかしい・のどの違和感
その他　：　めまい・はきけ・首のできもの・首が痛い・
　　甲状腺疾患の相談・睡眠時無呼吸・
　　上記以外の症状（　　）

○ どのような診療を希望されますか？　（○で囲んでください）

耳あかを取ってほしい・鼻の洗浄をしてほしい・補聴器の相談をしたい・
詳しい検査をしてほしい（鼻の内視鏡検査・のどの内視鏡検査・甲状腺エコー検査・
聴力検査・他）

○ 薬、食べ物のアレルギーはありますか？

ない　　ある（　　）

○ いまかかっている病気、昔かかっていた病気はありますか？

ぜんそく・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃腸病
その他（　　）

○ 飲んでいる薬があれば　薬の名前を書いてください。

（　　）

○ 妊娠されていますか？あるいはその可能性がありますか？

ない　　ある（　　週目）

○ タバコは吸いますか？

吸わない　　吸う（　　）本／日

○ お酒は飲みますか？

飲まない　　飲む（　　）

○ 今日はどのようなきっかけで来院されましたか？

お知り合いからの紹介・他院の先生の紹介・電話帳を見た・ホームページを見た
看板で知った・その他の広告媒体を見た・上記以外

○ その他、相談したいことやご希望がありましたらお書きください。

（　　）

小　西　橋　医　院