

すずきENTクリニック 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ			体 重	kg
お名前			性 別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 生 (才)
ご住所	(〒 -)			
電話番号		携帯電話		

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？ あてはまるものに○をつけてください。

耳 (右・左・両側)	・痛い ・かゆい ・耳だれ ・聞こえが悪い ・耳鳴り ・耳がふさがる ・耳あか
鼻 (右・左・両側)	・鼻水 (水っぽい・白くてどろっと・緑や黄色) ・鼻づまり ・鼻水が奥に流れる ・くしゃみ ・鼻血 ・鼻の痛み ・いやなおいがある ・においがわからない
のど	・痛み ・飲み込むときの痛み ・はれている ・違和感 ・かすれ声 ・たんがでる ・せき (かわいたせき・たんがらみのせき) ・その他()
口・舌	・口内炎 ・舌の痛み ・味がしない ・しびれる
その他	・発熱 (°C) ・眼がかゆい ・いびき ・首のはれ(右・左・両側) ・めまい (フワフワ・グルグル) ・はき気 ・頭の痛み ・頭が重い ・その他 ()

2. いつごろから症状がありますか？ 月 日 頃から (日前から)

3. 今までにかかった病気 (現在治療中を含む) に○をつけてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 心臓病 脳梗塞
その他 ()

4. 現在服用中の薬があればご記入ください。(お薬手帳ご持参の方は受付にご提出ください)

()

5. 薬や食べ物などのアレルギーがあれば、ご記入ください。

()

6. お酒は飲みますか？

飲まない ・ ときどき飲む ・ 毎日飲む

飲酒される方は1日の量をご記入ください。

(ビール ml ・ 日本酒 合 ・ 焼酎 ml ・ 洋酒 杯)

7. たばこは吸いますか？

吸わない ・ 吸う (1日 本くらい) ・ 吸っていた (才 ~ 才まで)

※女性の方へ

- 妊娠中ですか？ ・ いいえ ・ はい (現在 週目) ・ 妊娠している可能性がある
- 授乳中ですか？ ・ いいえ ・ はい

※皆様へ 診察券の色が2種類ございます。ご希望の色があれば、○をつけてください。

() 赤色 () 緑色

さしつかえなければ、当院を知ったきっかけをお教えてください。あてはまるものに○をつけてください。(いくつでも可)

- () 建物・看板を見て () 家族・知人の紹介 () 病院・施設の紹介
() 当院のホームページ () E-PARK () タウンページ
() 医療情報誌(誌名) () その他()