

すすき耳鼻咽喉科クリニック問診票

ID

スキャン

フリガナ 氏名 様	性別： 男 ・ 女 年齢 歳 生年月日： 年 月 日
〒 住所	TEL
身長： cm 体重： kg 体温： °C	
1. いつ頃から、どのような症状ですか？ ・数時間前から ・2～3日前から ・1週間前から ・それ以前（ ） 症状：	
2. 今までに入院や手術、病気やけがはありますか？ ・はい ・いいえ 病名：	
3. 現在かかりつけの病院はありますか？ ・はい（ ） ・いいえ ※施設入所中の方は施設名をご記入ください（ ）	
4. 今までに下記の病気にかかったことはありますか？ ・はい ・いいえ ・高血圧 ・心臓病 ・喘息 ・肝臓病 ・腎臓病 ・糖尿病 ・前立腺肥大症 ・緑内障 ・その他の病気（ ）	
5. 現在、毎日飲んでいる薬はありますか？ ・はい（お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい） ・いいえ ・血圧の薬 ・心臓 ・不整脈の薬 ・脳の薬 ・抗凝固薬 ・睡眠の薬 ・糖尿病の薬 ・精神科の薬 ・その他の薬（ ）薬の名前（ ）	
6. 薬・食べ物のアレルギーはありますか？ ・はい ・いいえ 薬（造影剤も含む）： 症状 食べ物・その他： 症状	
7. 嗜好 { お酒 : ・はい ・時々 ・いいえ { たばこ : ・はい ・吸っていた ・いいえ	
8. 女性の方へ。 { 妊娠の可能性はありますか？ ・はい 妊娠： 週 ・いいえ { 授乳中ですか？ ・はい ・いいえ	