

初めてのの方に（問診票）

年 月 日

※答えられる範囲でお書きください。

ふりがな	男	生年月日	大正	年	月	日
お名前			昭和			
	女		平成			
〒 ご住所						
お電話 () - 携帯電話 -					身長:	cm
					体重:	kg

1. 今日はどのような症状でみえましたか。
いつからわるくなりましたか。

()

症状をお書きください。

お熱のある方

(°C)

()

2. 現在治療中の病気や今までにかかったことのある病気はありますか。

ない 高血圧 糖尿病 ぜんそく アトピー性皮膚炎
緑内障 前立腺肥大症 脳梗塞 心筋梗塞
その他()

現在病気で他の医師にかかっていますか。

ない 医院名:

また現在服用中のお薬はありますか。

ない (お薬の名前

※お薬手帳のある方はご提示ください。

)

3. 薬や食べもののアレルギーはありますか。

ない
ある ()

4. (女性の方) 現在妊娠中ですか。
授乳中ですか。

いいえ・はい(週)
いいえ・はい

5. タバコは吸いますか。

いいえ・はい(1日 本)・やめた

6. お酒は飲みますか。

いいえ
はい(お酒の種類: 1日に ml)

7. 診察に際してご希望がありましたらご記入ください。

(例: アレルギー検査・聴力検査・補聴器相談など)

8. 当院を何でお知りになりましたか。

家族から 知人から 医療機関から 看板広告
直接当院をみて 携帯HP パソコンHP EPARK
その他()



すずきクリニック耳鼻咽喉科
SUZUKI Ear, Nose & Throat CLINIC

当院では患者様の個人情報を厳重に管理いたします。患者様のご承諾がない限り、記載された個人情報を第三者に開示することはありません。