

フリガナ
氏名

問 診 票

生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日 年齢： 歳 ^{小児}（ ヶ月）

郵便番号： 住所：

連絡先電話番号： 体重： k g（小児）

ご本人に連絡が取れない場合の緊急連絡先： ご本人との関係（ ）

1、今日はどのような症状で、来られましたか？また、それはいつぐらいからですか？

（例：5日ほど前から、右耳の、聞こえが悪い）

2、当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- a) ご家族・ご親族から聞いて b) 知人・友人から聞いて（ 様 ）
- c) 他の医療機関からのご紹介（ 医院・病院） d) 当院のホームページ
- e) iタウンページ f) それら以外のインターネット医療情報 g) 電話帳
- h) 尼崎市民べんり帳 i) 院前の看板を見て j) 駅の看板を見て
- k) たまたま近所だから l) その他（ ）

3、現在、他の医療機関でかかっておられる病気がありますか？わかる範囲で具体的にお書き下さい。

- a) はい（ ） b) いいえ

4、現在、お薬を服用中ですか？ 服用中の場合、わかる範囲で詳しくお書き下さい。

- a) はい（ ） b) いいえ

5、以前に大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことがありますか？

- a) ある（具体的に： ） b) ない

6、妊娠されていますか？ もしくはその疑いがありますか？ あるいは授乳されていますか？

- a) ある（具体的に： ） b) ない

7、今までに、医師よりアレルギー体質（例えばぜんそく等）と言われたことがありますか？

- a) ある（具体的に： ） b) ない

8、注射をして気分が悪くなったりとか、薬を飲んで発疹（ほっしん）がでたりしたことがありますか？

- a) ある（具体的に： ） b) ない

9、煙草は吸われますか？

- a) 吸わない b) 吸う（ 才頃より 本/日）
- c) 以前、吸ったが今はやめている（ 年前より）

10、耳鼻咽喉科を受診されるのは初めてですか？（他の病院、診療所を含む）

- a) 耳鼻咽喉科受診は、まったく初めて b) 以前、当院を受診したことがある
- c) 以前に他の耳鼻咽喉科を受診したことがある（どれくらい前ですか： ）

11、当院では、どのような治療を希望されますか？

患者の皆様のご希望に沿った形で治療する目安にしたいと思いますので、ご記入下さい。

- a) とりあえずの症状が取ればよい b) そこそこ、しっかりと治したい
- c) 多少の期間はかかってもよいから、しっかりと治したい
- d) その他（ ）