

かえで通り耳鼻科 問診表

ID _____

ふりがな

名前: _____
〒

生年月日: _____ 年 月 日 (歳)

住所: _____

電話番号: _____ - _____ - _____

身長: _____ cm 体重: _____ kg

※マイナ保険証による診療情報取得について同意しますか。 はい・いいえ

1. 今日はどうしましたか？ 発熱(5日以内): [無 有 (_____ °C)], アレルギーの薬が欲しい

○それはいつからですか？

日 前 月 前 年 前 わからない 他 (_____)

2. 現在、治療中または過去にかかった病気はありますか？ [無 有]

3. 服用している薬はありますか？ [無 有]

4. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ [無 有]

5. 女性の方へ

○妊娠: [無 有 (_____ 週相当)] ○授乳: [無 有] ○ピルの内服: [無 有]

6. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

a. 看板をみた b. ホームページ c. 知人の紹介 d. ネット検索 e. その他 (_____)

7. 何かご要望がございましたら、お書きください

ご回答ありがとうございます。診察までしばらくお待ちください。

2024年1月作成