

はくらく耳鼻咽喉科・アレルギー科クリニック問診

お名前	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	ご年齢
			明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生まれ	歳
ご住所	〒			
電話番号	— —	体重	kg	体温 °C

お酒 飲まない・飲む 杯/日・タバコ 本/日 × 年数

1. 本日具合が悪いのは？(あてはまるものに○を付けて下さい)

耳・鼻・のど・口の中・舌・顎関節・めまい・額・首

どのような症状でお困りですか？ []

いつ頃からですか？ 年 月 日頃から 突然起こった・だんだん

他の病院には かかっていない・かかった→医院名 []

この病状に対する薬は 飲んでいない・飲んでいる→薬名 []

2. 現在、ほかの病気で治療を受けていますか？

いない・いる→病名 []

薬を 飲んでいない・飲んでいる→薬名 []

3. 今までにかかった病気を○で囲んで下さい

高血圧・糖尿病・胃潰瘍・喘息・アトピー・その他 []

いつ頃からですか？ 年 月 日頃から

4. 今までに薬や食べ物で副作用やアレルギー反応を起こしたことがありますか？

ない・ある→薬・食べ物の名前 []

5. 女性の方のみ 妊娠中ですか？ いいえ・はい→ か月

授乳中ですか？ いいえ・はい

6. 当院を何で知りましたか？

他院からの御紹介・お知り合いから・広告・電柱看板・書評・TV・インターネット
医院前の看板・その他 []

ご協力ありがとうございました。受付に手渡しして下さい。

順番になりましたらお呼び致しますので、もう少々お待ち下さい。

お薬手帳 あり・なし