

問 診 票

ID 男・女 大・昭・平・令 年 月 日生 (才)
ふりがな あるいは西暦 年

氏名 体重 kg

〒 電話番号 (必須)

住所

1. どのような症状でお困りですか？当てはまるところを囲ってください。

- 耳 (右、左、両) 耳あか、耳垂れ、かゆい、痛い、音が響く
聞こえにくい、耳鳴り、つまった感じ
- 鼻 (右、左、両) 鼻汁 (水様、黄色)、鼻づまり、痛い、鼻血
くしゃみ、嗅覚障害、できもの
- のど・舌 痛い、声がれ、せき、たん、違和感、味覚障害
乾く、いびき、口内炎、魚骨などの異物

その他の症状:

その他: アレルギー検査希望、レーザー手術希望、補聴器の相談

2. いつから症状がありますか？ (から)

3. 同じ症状で他院を受診されてますか？ (はい、いいえ)

4. 何か病気はありますか？ (はい、いいえ)

糖尿病、高血圧、心臓病、高脂血症、喘息、脳梗塞、胃潰瘍、精神・神経疾患
肝臓病、腎臓病、その他 ()

5. お薬を服用してありますか？ (はい、いいえ) **お薬手帳があれば提出してください**

6. 薬を飲んで具合が悪くなったことがあれば、薬の名前を書いてください。

(薬名 副作用の症状)

7. 男性の方：前立腺肥大や尿が出にくい症状ありますか？ (はい、いいえ)

8. 女性の方：妊娠中ですか？ (はい 現在 か月、いいえ、可能性あり)

授乳中ですか？ (はい、いいえ)

9. 喫煙されてますか？ (はい、いいえ、 年前まで吸っていた)

10. コロナワクチンの接種回数は何回ですか？ (回、未接種、覚えていない)

11. 当院をなにで知りましたか？

ホームドクター、ネット検索、口コミ、ご家族から、道新 (さっぽろ十区)

ホームページ、当院を見て、自宅が近い、職場が近い、その他 ()

ご記入が終わりましたら、受付にお渡しください。