

ふりがな _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)
氏名 _____ (男・女) 電話 _____
住所 (〒 _____ - _____)

[花粉症・アレルギー性鼻炎の症状で受診される方は、別紙専用問診票に記載して下さい。]

- 今日はこの症状で見えましたか？ みみ・はな・のど・きこえ・めまい・花粉症
その他
- いつからですか？
- その症状の左右と経過などを詳しくお書き下さい

- これまでにかかった病気がありますか？ 高血圧・心臓病・糖尿病・喘息
[] ない ・ [] ある その他(_____)
- 現在服用中の薬はありますか？ お薬手帳があれば診察室でみせて下さい。
[] ない ・ [] ある (_____)
- 薬のアレルギーや止められている薬がありますか？
[] ない ・ [] ある(どのようなお薬？ _____)
- タバコを吸いますか？ [] 吸わない [] 吸っていたが禁煙した(_____ 歳頃まで)
[] 吸う(1日 _____ 本)
- お酒を飲みますか？ [] 飲まない [] 以前に飲んでいた(_____ 歳頃まで)
[] 飲む(1日量 _____)
- (女性のかたに) 妊娠・授乳中ですか？ [] いいえ ・ [] はい ・ [] 授乳中
- 本日の診察医に希望がありますか？ [] 湯田院長希望
ご希望の医師がある場合には、 [] 小川医師(女医)希望
診療日と休診案内を確認の上ご来院下さい。 [] 順番で早い方が良い
- その他ご希望があればお書き下さい 例: アレルギーの検査 ガンが心配
聞こえが気になる 補聴器相談 など