

共通問診票

平成 年 月 日

ふりがな お名前 前		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生
			体重（13歳未満のみ）	kg		

初診の方のみ、ご記入下さい↓

ご住所	〒	電話	()
-----	---	----	-----

本日の来院の理由は何ですか？現在どのような症状が残っており、それがいつ頃からで、右か左か、などをお書き下さい。
繰り返す場合には、今回の症状がいつからかをお書き下さい。

今回の症状について他の病院で出されていた薬がありますか？（ある ない）
ある場合には、薬の内容を分かる範囲でお書き下さい。

次の中に、現在治療中の病気はありますか？（ある ない）
ある場合には、その病気に○をつけて下さい。

高血圧 心臓病 肝臓病 脳疾患 糖尿病 胃潰瘍 喘息
高コレステロール血症 緑内障

常用薬はありますか？（ある ない）
お薬手帳を持参されていない場合は、薬の内容を分かる範囲でお書き下さい。

飲み薬や麻酔薬、点滴で副作用がでたことがありますか？（ある ない）
ある場合には、薬の内容を分かる範囲でお書き下さい。

次に挙げたものの中で、アレルギーが出たものがありますか？（ある ない）
あれば、○をつけて下さい。 ハッカ アルコール 卵

次に挙げた部位について、手術をしたことがあれば、○をつけて下さい。
耳 鼻 のど くび

他に、現在かかりつけの耳鼻咽喉科はありますか？（ある ない）

※女性の方にお伺いします。 授乳して（いる いない）
妊娠して（いる いない）
※している場合（ ） か月