

問診票

たかはし耳鼻咽喉科

I D

平成

年

月

日

ふりがな

氏名

(男・女)

M. T. S. H

年

月

日

(歳)

郵便番号

電話番号

住所

携帯電話

1) どのような症状がありますか？

(発熱のある方

°C)

2) 症状に気づかれたのはいつ頃ですか？

3) 現在、ほかの病院にかかっていますか？

(はい・いいえ)

4) アレルギー (薬・食べ物など) がありますか？

(はい・いいえ)

5) ぜんそくがありますか？

(はい・いいえ)

6) 糖尿病がありますか？

(はい・いいえ)

7) 以下にお答えください。

(ア) 女性の方のみ 現在、妊娠していますか？

(はい・いいえ)

授乳中ですか？

(はい・いいえ)

(イ) 小児のみ 体重を書いてください。

K g

(ウ) たばこを吸いますか？

(はい・いいえ)

はいの方は、1日 () 本、() 年間

(エ) お酒を飲みますか？

(はい・いいえ)

はいの方は、種類 ()、1日の量 ()

(オ) ジェネリック医薬品 (後発医薬品) を希望しますか？

(はい・いいえ)

8) 当院をどのようにして知りましたか？ (チェックしてください)

クチコミ、 知人の紹介、 ホームページ (パソコン、携帯電話)、 看板

広告 (種類

)、 タウンページ、 その他 (内容

)