**問診票**

　　　　　　　　　該当する項目を○で囲んでください。

　　　　　　　　　わかる範囲で詳しくお書きください。

住所　〒　　　　-

☎　　　　-　　　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女

職業

年齢　　　歳　　大・昭・平　　　年　　　月　　日生

身長　　　　　㎝,　体重　　　　㎏,　体温　　　　℃

受診の動機となった**症状**について

いつからですか。《　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　》

どんな症状ですか。《　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　》

症状の変化はありますか。《　良くなってきている　　　変わらない　　　悪化している　》

　このことで他の医療機関を受診しましたか。《　いいえ　　　はい　》

**既往歴**について

① これまでに医療機関や健診で指摘された病気（治療中も含む）はありますか。

　　ない　　　ある　➡　《高血圧症,　糖尿病,　心疾患,　喘息,　前立腺肥大,　緑内障,　頸椎疾患,

　　　　　　　　　　　　　B型肝炎,　C型肝炎,　梅毒,　HIV,　その他（　　　　　　　　　　　）》

② 薬物アレルギー

　　お薬で蕁麻疹が出たり、ショックを起こした経験

　　　ない　　　ある　➡　《薬剤名：　　　　　　　　　　　,　症状：　　　　　　　　　　　　》

③ 食物・ゴムアレルギー

　　食物やゴムで蕁麻疹が出たり、ショックを起こした経験

　　　ない　　　ある　➡　《食品名：　　　　　　　　　　　,　症状：　　　　　　　　　　　　》

④ 飲酒・喫煙

　　喫煙《する（１日　　本,　　　年間）　　しない　　やめた》　　　　飲酒《する　　　しない》

⑤ 胃が弱い,　または薬服用時に胃薬併用が必要ですか。《　はい　　　いいえ　》

● 女性の方　➡　　妊娠中である（妊娠　　　ヶ月）　　　　授乳中である

⑥ 常用薬

　　現在、常用している薬がありますか（注射,　内服薬,　吸入薬など）。

　　　ない　　　ある　➡　《薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　》

★　当院をどのように知りましたか。

　　《当院ホームページ,　インターネット,　紹介（職場,　知人,　家人,　他院　:　　　　　　　　　）,

　　　近所（職場,　自宅）,　広告（駅,　看板）,　内覧会,　通りすがり,　チラシ》

有難うございました。**受付までお持ちください。**

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　 御殿山耳鼻咽喉科醫院