

# たぶち耳鼻咽喉科 診察申込書

令和 年 月 日

ふりがな 氏名			
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	才 男・女
住所	〒		
電話番号		携帯電話 番号	

## 問 診 表

体温 °C  
体重 kg

- 1) 本日受診されたのはどこの具合が悪いからですか。○印をつけてください。  
みみ はな くち のど くび めまい その他  
どのように悪いのですか。できるだけ詳しくお書きください。  
( )  
それはいつからですか。おおよそで結構です。  
( )
- 2) 以前 他の耳鼻科を受診されたことがありますか。 はい いいえ  
その時の病名は何でしたか。 ( )
- 3) 今医師の治療を受けたり飲んでいる薬がありますか。 はい いいえ  
あれば具体的に書いて下さい。 ( )
- 4) 今までに注射や飲み薬で気分が悪くなったり  
発疹がでたり、あわなかった事がありますか。 はい いいえ  
その時の薬の名前を書いて下さい。 ( )
- 5) 局所麻酔剤（歯の治療、傷を縫った時など）でショックを  
起こしたことがありますか。 はい いいえ
- 6) 今までに次の病気にかかったことがありますか。  
じんましん・ぜんそく・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病  
胃腸病・結核・その他 ( )
- 7) 女性の方へ  
今 妊娠していたり その可能性はありますか。 はい いいえ  
授乳中ですか。 はい いいえ

ありがとうございました。

ご本人または保護者の方のサイン

もうしばらくお待ち下さい。

※ 高熱や痛みの強い方または伝染病（はしかや  
おたふくかぜなど）の方は受付にお申出下さい。