

【問 診 票】

年 月 日

フリガナ		男 女	大 昭 平 令	年 月 日生	歳
お名前		携帯	— —		
ご住所	〒	自宅	()	—	

●現在 熱はありますか？ あり °C / なし

●本日はどのような症状で来院されましたか

●いつ頃から症状がでましたか _____ (日・週・ヶ月・年)前から

●検査・相談の希望について 希望する / 希望しない

アレルギー検査 スギなど花粉症の個別検査 セット検査 (Viewアレルギー39・ドロップスクリーン)

舌下免疫療法について

睡眠時無呼吸症候群について

その他 ()

女性の方のみ ●妊娠中 週目 ●授乳中 ●妊娠の可能性 (ある・ない)

15歳以下のお子様は必ずご記入ください

●体重: kg ●お薬の希望: なし / シロップ・粉薬・錠剤

●現在治療中、もしくは以前かかったことのある病気はありますか (手術や入院も含みます)

特になし

緑内障

糖尿病

B・C型肝炎

熱性けいれん

前立腺肥大

心臓病

H I V

花粉症

高血圧

肝臓病

うつ病

アレルギー性鼻炎

喘息

腎臓病

胃・十二指腸潰瘍

その他

●現在飲んでいるお薬 ない ある ※お薬手帳をお持ちの場合は記入不要。受付へご提示ください

薬名:

●お薬で体に異常がでたことはありますか ない ある ※ある方は下記へご記入ください

薬名:

症状:

●当院をどのようにお知りになりましたか? (複数選択可)

1 当院ホームページ (スマートフォン)

5 家が近い

9 東京ドクターズを見て

2 当院ホームページ (PC)

6 職場・学校が近い

10 ビルの看板を見て

3 田端駅の看板

7 家族が受診している

11 電話帳を見て

4 バスのガイダンスを聞いて

8 家族や知人から聞いて

12 その他()

ご協力ありがとうございました。問診票を受付へお渡しください

いいだ耳鼻咽喉科