

問診表

令和 年 月 日

フリガナ
氏名
生年月日: 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
※身長: cm 体重: kg
住所: 〒
電話番号: 携帯電話:

◆本日お困りの症状を教えてください。

◆症状はいつごろからですか。

◆この症状で他院を受診されたことはありますか。 はい・いいえ
(※はいの場合は下記もご回答ください。)

病院名:

処方薬:

診断内容:

◆お薬、食べ物でアレルギーがあればお書きください。

◆飲酒しますか。 いいえ・はい 飲酒量:

◆喫煙されますか。 いいえ・はい 1日___本___年間

◆妊娠または授乳中ですか。 妊娠中・授乳中

◆手術歴、既往等があればお書きください。

◆飲んでいる薬があればお書きください。
※お薬手帳お持ちの場合はご提示ください。

◆アレルギー検査を希望しますか。 はい・いいえ

◆なにかご希望があればお書きください

◆当院を知ったきっかけを教えてください。

HP 看板・通りすがり インターネット SNS 紹介 その他()

ご協力ありがとうございました。

人形町まつだ耳鼻咽喉科