

問 診 票

耳鼻咽喉科いとうクリニック

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 大・昭・平・令 年 月 日生( 才)

〒 \_\_\_\_\_ ・小学生までの方、体重 \_\_\_\_\_ kg

・小学生までの方、薬の希望に○を(錠・粉・シロップ)

ご住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ ( )

質問にお答えください 携帯 \_\_\_\_\_ ( )

1、いつごろから？( )

どのような症状ですか( )

2、今までに薬や点滴で異状が起きたことはありますか？(あり( )・なし )

3、今までに大きな病気や手術の経験がありましたら教えてください。

ぜんそく・アトピー・じんましん・心臓病・じん臓病・かん臓病・糖尿病・高血圧  
胃かいよう・糖尿病・結核・妊娠中・授乳中・その他  
( )

4、花粉症経験ありますか？(あり・なし )

ありの方→目のかゆみ(あり・なし)車の運転(あり・なし)

5、アレルギー検査を受けたことがありますか？(はい・いいえ )

『はい』の方、陽性項目は？( )

6、たばこ(すう・すわない 約 年前にやめた) お酒(飲む・飲まない )

7、他に何かございましたら、ご記入ください。

( )