

# ほんだクリニック 問診票 (耳鼻咽喉科 初診用)

氏名 ふりがな 様 (男・女)	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	年齢 歳
住所 〒 (←郵便番号もご記入ください)	電話番号	
	携帯電話番号 (緊急連絡用)	

身長 cm 体重 kg

1. あなたはどのように具合が悪くて来院されましたか

いつ頃から \_\_\_\_\_  
 どこが \_\_\_\_\_  
 どのような具合ですか \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. そのことで今までに治療を受けたことがありますか (はい・いいえ)

「はい」に○をつけた方 \_\_\_\_\_ 病院・医院で

3. 今までに次のような病気を言われたことがありますか (あれば○で囲んでください)

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 胃潰瘍 / 十二指腸潰瘍 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 緑内障 ・ 肝臓病  
 その他 \_\_\_\_\_

4. 現在治療中の病気・服用中のお薬がありますか (はい・いいえ)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. 今までに手術を受けたことがありますか (はい・いいえ)

いつ頃 \_\_\_\_\_  
 どの手術を \_\_\_\_\_

6. 今までに飲み薬・注射・食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか

(はい・いいえ)

どんな薬・食べ物で \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. 女性の方にお尋ねします

・現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますが (はい・いいえ)

・授乳中ですか (はい・いいえ)