

問診表

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
男 ・ 女	職業：
※体重： kg ※お子様の場合はご記入ください	
生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (才)	
住所 〒 - ※受診された事があり住所変更がない場合は記入不要です	
電話番号 ()	携帯番号 ()
※症状はいつからですか？ _____日前から _____週間前から _____ヶ月前から _____年前から	
★本日はどのような症状で受診されますか？ あてはまるところに○をしてください（複数可）	
*耳（ 右 ・ 左 ・ 両方 ）きこえにくい ・ つまった感じ ・ ひびく感じ ・ 耳鳴 痛み ・ 耳だれ ・ かゆみ ・ 耳あか	
*鼻（ 右 ・ 左 ・ 両方 ） 鼻水（ 水様 ・ 黄色 ） ・ 鼻づまり ・ 鼻血	
*のどの気になる症状（)	
*その他の症状（)	
※お薬手帳・検査結果などお持ちの場合は受付にお渡してください	
★以下の質問にお答えください	
◇飲酒しますか（ いいえ ・ はい ）	
◇喫煙されますか（ いいえ ・ はい ）	
◇妊娠中（ _____ヶ月）・授乳中（お子様 _____ヶ月）・ いいえ ・ 可能性がある	
◇今までにかかった事がある又は治療中の病気 ()	
【アレルギーについての質問】	
◇薬・注射のアレルギー なし ・ あり お薬の名前（)	
◇食物のアレルギー なし ・ あり 食物の名前（)	
※新型コロナウイルス関連について※	
新型コロナウイルス感染歴： なし ・ あり（ 月 日～ 月 日）	

ご協力ありがとうございました 問診表を受付にお渡してください。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック