**問診表**　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女　　　　　　　　職業： |
| 生年月日　　大正　・　昭和　・　平成　・　令和　　　年　　　　月　　　　日　　　　（　　　　才） |
| 体重：　　ｋｇ　　※お子様の場合はご記入ください妊娠中（　　　　ヶ月）・授乳中（お子様　　　ヶ月）・　いいえ・　可能性がある |
| 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　　　　　　（　　　　　　） |
| **★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ください |

 |
| **★以下の質問にお答えください****♢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****（****）****♢現在服用中のお薬****（****）****【アレルギーについての質問】****♢薬のアレルギー　　　　　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（　　　　　　　　　　　）** |
| 　 |

**ご協力ありがとうございました　問診表を受付にお渡しください。　　　　　人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック**