

初めてのの方に（問診表）

住 所

(ふりがな) 氏 名 (男・女) 生年 明・大 月日 昭・平 . . . 年令 才

でんわ () — (小学生以下のみ) 体重 kg

1. 今日はどういう症状でみえまし
たか

2. それは、いつから始まりまし
たか

日前より (週間前より カ月前より)

3. 現在、他の病院で治療されて
いますか していない
している…病 名：
病院名：

4. 現在内服中のお薬があります
か ない
ある…薬の名：

5. 今まで大きな病気をされたり、
手術をうけたりした事があり
ますか ない
ある…病名：

6. ぜんそく、アトピー性皮膚炎
などアレルギー体質ですか いいえ
はい…病名：

7. 今まで薬や注射で、体に異常
をおこしたことがありますか ない
ある…薬の名：

8. (女性の方へ) 妊娠中ですか 授乳中ですか 授乳中ですか いない
はい (ヶ月) はい
わからない



こづか耳鼻咽喉科