



問診票

いけがみ耳鼻咽喉科クリニック

ふりがな		性別	男・女
お名前			
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日生
年齢	歳	12才以下の方は体重	kg
ご住所	〒		
電話番号			

本日はどのようなことで来られましたか 発熱 なし・あり °C

耳 痛い・かゆい・聞こえにくい・つまった感じ・耳鳴・耳垢・めまい

鼻 くしゃみ・はなみず・はなづまり・花粉症・においがしない・鼻血・痛い

のど 痛い・せき・たん・声がれ・イガイガする・口内炎・味がしない

その他

いつからですか 日・週・ヶ月・年 前より

今まで（または現在）次の病気にかかったことがありますか

高血圧・糖尿病・喘息・肝炎・緑内障・熱性けいれん

その他

現在、何か薬を飲んでいますか

いいえ・はい 薬名

薬のアレルギーはありますか

いいえ・はい 薬名

妊娠をしていますか

いいえ・はい 妊娠

授乳をしていますか

いいえ・はい 生後 ヶ月