



【問 診 票】

記入日：平成 年 月 日

ID NO.	入力	受付票NO.

ふりがな		ご住所 〒 -	
お名前		男	女
明・大・昭・平	年齢	自宅電話 () ()	体重
年 月 日生	歳	携帯電話 () ()	() kg

【今日はどうされましたか？】



体温 () °C

耳 (右 ・ 左)	鼻	のど
<ul style="list-style-type: none"> 耳掃除希望 耳痛 耳がかゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り めまい 耳がつまる感じ 耳の下が腫れている 首が腫れている 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻掃除希望 鼻づまり 鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色) くしゃみ 鼻水がのどに流れる 鼻血 (右・左) 匂いがしない アレルギー性鼻炎の手術希望 アレルギー検査希望 	<ul style="list-style-type: none"> のどが痛い 声がかれる 声を出しにくい 咳・たん のどが詰まる感じ のどの違和感 息が苦しい いびき・睡眠時無呼吸

【いつ頃から症状がでましたか？】	本日 ・ 昨日 ・ () 日前 ・ () 週間前 ・ () ヶ月前から		
【その他症状があればお書き下さい】			
【他の病院でかかっている病気があれば病名を教えてください】	なし ・ あり	病院名： _____	
	高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 肝臓病 () 腎臓病 ()	脳梗塞 喘息 胃潰瘍 緑内障 前立腺肥大 その他 ()	
【現在、服用中の薬はありますか？】	なし ・ あり⇒	〈ありの方〉 薬の名前 ★投薬中の方は、お薬手帳を受付でご提出ください。	
【今まで歯科の治療で具合が悪くなったことはありますか？】	なし ・ あり		
【アレルギーの病気または、食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください】	なし ・ あり⇒	〈ありの方〉 アレルギー： 合わなかった薬・食べ物の名前と状態：	
【嗜好品についてお尋ねします】	() 年前から	喫煙歴	() 本/日
	() 年前から	飲酒歴	() を () 杯/日
【女性の方へ】	現在、妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい ヶ月・不明) 授乳中		
【ご来院のきっかけについてお尋ねします】	家の近く ・ 会社・学校の近く ・ インターネット ・ ビル看板 ・ パンフレット ・ 新聞雑誌記事 ・ ご家族からの紹介 ・ 知人からの紹介 病院からの紹介 ご紹介者お名前() 病院名()		

～他にご質問等ございましたら、お気軽にスタッフまでお声かけください～

三茶おはな耳鼻科

お薬手帳	
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
アレルギー	
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
6歳以下体重	
<input type="checkbox"/> 入力済	