

# 初診問診票

令和 年 月 日

フリガナ お名前 〒	(女・男)	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	才
ご住所							
自宅番号 ( — — )				携帯番号 ( — — )			

\* 本日はどのような症状・ご希望で来院されましたか？ (いつから、どの部位が、どのように)

\* 現在治療中の病気、過去の手術歴、大きな病気の治療歴があればご記載ください。

\* 今飲んでいる薬があればご記入下さい。

お薬手帳やお薬の情報をお持ちの方は受付にご提示下さい。(ご提示いただいた方は記載不要です)

\* 薬、食物アレルギーなどありますか？

ない ・ ある →ある方は、具体的に記入してください。(いつ、薬剤・食物、症状など)

\* 薬や病院・歯科での麻酔の注射のあと具合が悪くなったことはありますか？

いいえ ・ はい →具体的に記入してください。(いつ、薬の名前、症状など)

\* たばこを吸いますか？ いいえ ・ はい (1日 本 喫煙歴 年)

\* 女性の方のみお答え下さい

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (現在 週 日、出産予定日 月 日)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

\* 15歳以下の方のみお答えください 身長 ( cm) 体重 ( kg)

当院をお知りになったきっかけは何ですか？ に印をつけてください。

google、yahooなどの検索サイト ( スマートフォン  パソコン  タブレット )

知人、御家族からのご紹介 ( )

看板、店舗を見て

その他 ( )

\* ホームページに載せて欲しい情報はありますか？

( )

ご協力ありがとうございました。

にしおぎ耳鼻咽喉科クリニック