

タムス耳鼻科クリニック西葛西問診表

年 月 日

ふりがな	★ 当院は耳鼻咽喉科・アレルギー科です ★		
氏名	H・R 年 月 日 (歳) 男・女		
	身長 _____ cm	体重 _____ kg	
住所	〒		
電話番号	()	(続柄:自宅・父・母・その他:)	
1. いつから症状がありますか? <input checked="" type="checkbox"/> () 日前から			
2. あてはまるところに○をつけてください。			
*耳(右・左・両方)が、 痛い / かゆい / 耳だれ / 耳垢 / 聞こえにくい / こもった感じ / 気にして触っている			
*鼻(右・左・両方)が、 鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい / 鼻血(右・左)			
*のどが、痛い / 咳 / 痰 / 声枯れ / 魚の骨が刺さった(魚の種類:)			
*発熱: _____ 時間前から ____ °C <input checked="" type="checkbox"/> 現在は? ____ °C			
*その他: 花粉症 / 眼のかゆみ / 頭痛 / 嘔吐 / 下痢 / 学校の健診 / 自由記入欄()			
3. 現在、他院で処方された薬はありますか?		★お薬手帳などは受付でご提示下さい★	
はい() • いいえ			
4. お薬についてご希望をお伺いします。			
形状: 錠剤 / 粉(ドライシロップ) / シロップ / まだ薬を飲んだことがない			
回数: 1日3回 飲めますか? → はい・いいえ			
5. 薬、注射、食物などのアレルギーはありますか?			
はい(卵・牛乳・その他:) • いいえ			
6. かかったことがある疾患はありますか? なければ、“該当なし”に○をつけてください。			
熱性けいれん / 中耳炎 / 副鼻腔炎(蓄膿症) / はしか / おたふく / みずぼうそう / 風疹 / 突発性発疹 / その他() / 該当なし			
7. 診断された疾患はありますか? なければ、“該当なし”に○をつけてください。			
気管支喘息 / アレルギー性鼻炎 / アトピー性皮膚炎 / 感染症(B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HTLV1、ほか:) / その他() / 該当なし			
8. これまでに入院や手術をしたことがありますか?			
はい(病名:) • いいえ			
★ ご来院きっかけアンケートです。○をお願いします。★			
チラシ/当院ホームページ / グーグル / ヤフー / 病院検索サイト / ひまわり(東京都医療機関案内サービス) / その他検索サイト / クリニック看板 / 駅構内看板 / 電柱看板 / 駅前地図 / 友人・知人の紹介 / 家族が受診している / 他院からの紹介 / 役所・保健所からの紹介 / 家・職場から近い / その他			
★ 診療明細書についてご希望をお伺いします。★			
<input type="checkbox"/> 発行する ※お時間を要する場合がございます。予めご了承ください。 <input type="checkbox"/> 不要			