

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 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 _____℃ <input type="checkbox"/> 現在は？ _____℃					
* 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					