初めての方に（問診表）

※答えられる範囲内でお書きください　　年　月　日

ふりがな お名前	男 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日生 （満　歳）
ご住所	〒		
お電話		体　重	kg（15歳までの方のみ）

患者様の保険情報として保険証をコピーさせて頂きますので、ご了承ください。（不都合の際はお申し出ください）
問診表及び保険証のコピーは医療行為の目的でのみ利用致します。また、本人の同意なく第三者には開示致しません。

どんな症状がありますか　みみ（右・左）・はな・のど・熱（　℃）
症状（　）

いつ頃からですか　日前より　週間前より　ヶ月前より　年前より

現在治療中の病気はありますか
□ない
□ある
1 心臓病　2 高血圧又は低血圧　3 神経痛　4 肝臓病　5 腎臓病
6 糖尿病　7 胃腸病　8 貧血　9 交通事故　10 未熟児　11 ぜんそく
12 結核　13 肝炎（　型）　14 その他（　）

現在服用中の薬がありますか
□ない
□ある…（　）

今まで大きな病気をされたり、手術をうけたりした事がありますか
□ない
□ある（病　名　）
（手術名　）

薬や注射でアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったり）がでたことがありますか
□ない
□ある（　）

今までに食物（牛乳や卵など）でアレルギーがでたことがありますか
□ない
□ある…（　）

女性の方のみお答えください
□妊娠中（可能性も含む）…（　週）
□授乳中　□どちらでもない

当院をどのようにして、お知りになられましたか
□タウンページ　□インターネット　□看板
□知人・家族の紹介　□その他（　）

その他御希望があればお書きください

さわだ耳鼻いんこう科クリニック