

# 耳鼻科外来 問診表

ID \_\_\_\_\_ 記入日 年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_ ( 男性・女性： 妊娠中 授乳中 )

ご年齢： \_\_\_\_\_ 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 職業： \_\_\_\_\_

1、今日はどうされましたか？

2、その症状は、いつ頃から始まりましたか？

3、どこかで治療を受けましたか？

受けない

受けた ( 何と言われました？ \_\_\_\_\_ )

\* 紹介状はありますか？ 有り 無し

4、今までに病気をしたことがありますか？ ( 例：高血圧、肝炎など )

なし あり：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年

昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年

5、今までに薬や注射、食べ物で具合が悪くなったことがありますか？

なし あり：薬物名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_

< お酒 >

飲まない 飲む：ビール ( \_\_\_\_\_ 本 ) 酒 ( \_\_\_\_\_ 合 ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

< たばこ >

吸わない 吸う：1日 ( \_\_\_\_\_ 本 )