

# 高根耳鼻咽喉科問診票 ver.3.9

ふりがな  
お名前 : \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_歳 \_\_\_\_ヶ月 体重 \_\_\_\_\_kg  
(お子さんは体重を)

◎お薬や食べ物でのアレルギーがあった方はお書き下さい。

ない ・ ある 薬品名 : \_\_\_\_\_ 症状 : 下痢 ・ 発疹 ・ 胃痛 ・ その他

◎薬で眠くなったことが ある ・ ない  
薬で下痢しやすい ある ・ ない  
薬で胃が痛くなる ある ・ ない

◎耳鼻科以外で入院、手術などをされた方、現在かかっているご病気がありましたらお書き下さい。

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 結核 ・ 血が止まりにくい ・  
緑内障 ・ その他

◎現在使っているお薬がある方はお書き下さい。お薬手帳などをお持ちの方はお見せ下さい。

◎今まで耳鼻科にかかったことのある場合は時期と病名または症状をお書き下さい

時期 : \_\_\_\_\_ 病名 :

◎タバコを吸っていますか

吸ってない 吸っている(1日\_\_\_\_本) 禁煙した(\_\_\_\_年前まで1日\_\_\_\_本吸っていた)

◎小学校未満のお子様への質問です。現在集団保育を受けていますか？

幼稚園 ・ 保育園 ・ なし

◎女性の方への質問です。妊娠中または授乳中の方は○を付けてください

妊娠している( \_\_\_\_ヶ月) 妊娠の可能性ある 授乳中 どちらも無い

☆当院をどの様にお知りになったか、差し支えなければお書きください。

知人から聞いて ・ 家族が受診している ・ 看板を見て ・ インターネット ・  
電話帳 ・ 他院で聞いて ・ その他 ( )