

# 問診票

ID・No.

ふりがな		生年月日	大正	・	昭和	・	平成
お名前	男 ・ 女		年	月	日	(	歳)
ご住所	(〒 - )						
TEL		携帯					
中学生以下のみ体重	kg	記入者	本人	・	父母	・	付添い

ご来院の理由・症状

【鼻】
【耳】
【口・のど】
【その他】

●いつ頃からですか？	
●これまで治療は受けていましたか？	はい ・ いいえ 病院名：
●現在飲んでいる薬がありますか？	はい ・ いいえ 薬品名：
●これまでにした病気に○印、今もある病気に◎印をつけてください。 胃十二指腸潰瘍 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝機能障害 ・ 肝炎 ・ 喘息 結核 ・ 腫瘍 ・ てんかん ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ 蓄膿症 ・ 中耳炎 ・ アトピー ・ 卵アレルギー その他 ( )	
●薬の副作用を起こしたことがありますか？	はい ・ いいえ 薬品名：
●注射をして気分が悪くなったり、 その他の症状が出たことがありますか？	はい ・ いいえ
●けいれん性の体質がありますか？	はい ・ いいえ
●現在、妊娠していますか？	はい ・ いいえ
●現在、授乳中ですか？	はい ・ いいえ
●鼻のレーザー治療を希望されますか？	はい ・ 話を聞いてみたい ・ いいえ
●その他、何か伝えておきたいことがあれば記入してください。	