問 診 用 紙

（下記の項目に記入、または○でかこんでください）　　令和　　年　　月　　日

ふりがな					性別	男　女
お名前						
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年　月　日　歳	
住所・電話	〒　　（　　）　　－					

1．今日、一番お困りのことを教えてください。

（　　）日前　・　（　　）ヶ月前　・　（　　）年前　頃から

具体的には、

2．今日、その他にお困りのことはありますか。

（　　）日前　・　（　　）ヶ月前　・　（　　）年前　頃から

具体的には、

3．今、治療している病気はありますか

高血圧　糖尿病　胃潰瘍　喘息　緑内障　前立腺肥大　心臓病

その他：

4．現在、病院などからの処方薬はありますか？

（　）はい　⇒　お薬手帳か、薬を見せてください。

（　）いいえ　病院、医院名を教えてください

3．過去に、薬の副作用はありましたか？

（　）はい　⇒　どのような薬ですか？また、その症状はどのようですか。（発疹・気分不良・・等）

（　）いいえ　（　　）

5．たばこを吸っていますか？

（　）現在吸っている　（　　）本／日

（　）かつて吸っていたことがある　⇒　いつから？　歳頃

（　）いいえ　（いつまで？　歳頃）

6．お酒を飲みますか？

飲まない｜　毎日、　時々、　付き合い程度、　週　回、禁酒中

7．女性の方へ伺います。

現在、妊娠中（　ヶ月）、または妊娠の可能性はありますか？　ある　ない

授乳中ですか　（はい、 いいえ）

いなむら耳鼻咽喉科クリニック