

水上クリニック問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな お名前	男 女	ご住所 (〒 -)
生年月日 (T・S・H・R) 年 月 日生	才	電話番号 () 携帯番号 ()
ご紹介者		身長 cm 体重 kg 体温 °C

★当院をどちらでお知りになりましたか？

・ロコミ ・ホームページ ・タウンページ ・回覧板 ・家、職場が近い ・その他 ()

★ご来院いただいた理由をお聞かせください。

いつから ()

どのような症状で・・・

★今までに次の病気にかかれたことがありますか？ (はい・いいえ)

喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 結核 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高血圧症
前立腺肥大 肝臓病 脳梗塞 腎臓病 糖尿病 緑内障 その他 ()

★受けたことのある手術があればお聞かせください。

★注射、飲み薬、食べ物で発疹が出たり、ご気分が悪くなられたりしたことがありますか？ はい・いいえ
薬の名前、食べ物の名前などが分かればご記入ください。(ピリン系・抗生物質・麻酔薬など)

★お薬の手帳はお持ちですか？ (はい・いいえ・自宅に有)

★ジェネリック薬品を希望されますか？ (はい・こだわらない)

★現在服用されているお薬がありますか？ (ある・ない) あれば、その名前をご記入ください。

★お酒、たばこについて

・アルコール：飲まない・飲む(種類) (杯/日)

・たばこ : 吸わない・吸う (本/日× 年)

★女性の方へ

・現在妊娠していますか？ (はい (ヶ月) ・いいえ ・わからない)

・現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

★これまで耳鼻科受診の際、疑問や不安に思われたことがあればお聞かせください。

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。ご協力ありがとうございました。