

ふりがな

問診入力【 未 ・ 済 】

ご氏名 _____ 様 () 歳 男 ・ 女 ご職業 _____

〒 _____ 電話番号 _____

ご住所 _____ 携帯電話 _____

15歳以下の方は体重を記入してください。

体重 _____ kg

1. どのような症状で受診されましたか。

※ 手術治療ご相談の方
() 扁桃腺摘出 () 鼻レーザー
() その他の手術

2. 上記の症状はいつからありますか。

本日より・() 日前から・() 週間前から・() カ月前から・() 年前から

3. 上記の症状で他院の診察、治療を受けたことがあれば記入してください。

病院名 _____ いつごろ _____

4. 身体に合わない薬（薬のアレルギー）がありますか。

なし ・ あり（薬剤名 _____）

5. たばこ： 吸わない ・ 吸う ・ 過去に喫煙歴あり

→『吸う』または『過去に喫煙歴あり』の方（ _____ 本／1日 約 _____ 年間）

6. お酒： 飲まない ・ ときどき飲む ・ ほぼ毎日飲む

7. 妊娠中、授乳中、妊娠の可能性ありますか。（ はい ・ いいえ ）

妊娠中（ _____ 週） ・ 妊娠の可能性がる ・ 授乳中（ _____ 歳 _____ ヶ月）

8. 持病、既往症はありますか。

なし ・ あり（病名 _____）

9. 今までに手術を受けたことがありますか。

なし ・ あり（手術名 _____）（病名 _____）

10. 現在飲んでいるお薬がありますか。 ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

なし ・ あり（お薬名 _____）

11. 診察医の希望がありますか。

宮崎康博医師 ・ 今村洋子医師 ・ 特に希望なし

当院を受診された理由をお聞かせください。

近い ・ ご紹介 ・ インターネット ・ 電話帳 ・ いまきいれ病院で治療 ・ 看板 ・ その他