



大石クリニック問診票

受診日： _____ . _____ . _____

※当院を初めて受診される方のみ、ご記入してください。

フリガナ		男 ・ 女	自宅 電話番号	()	—
氏名			ケイタイ番号	—	—
住所					
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	年齢 歳 体重 Kg

☆本日の受診は、他科・他病院からの紹介ですか？ はい / いいえ

☆今までに耳鼻科で治療または手術を受けたことがありますか？

はい (病名： _____) / いいえ

☆本日受診した目的・症状に、○印をつけてください。また、いつ頃から症状がでましたか？

耳	・つまった感じ ・聴こえが悪い ・痛い ・耳だれ ・かゆみ ・耳鳴り ・耳垢 (月 日頃から)
のど	・痛い ・声が出にくい ・咳 ・痰 ・食事が通りにくい (月 日頃から)
口	・口が渇く ・口内炎 (月 日頃から)
鼻	・鼻水 ・つまる ・くしゃみ ・鼻血 ・臭いがしない (月 日頃から)
めまい	・くるくるまわる ・ふわふわする ・動いたときのみ ・安静にしていても (月 日頃から) 起こる 起こる
その他	

☆現在、服用されているお薬はありますか？

はい (薬名： _____)

いいえ

☆食物アレルギーはありますか？ はい (食物名： _____) / いいえ

☆薬アレルギーはありますか？ はい (薬名： _____) / いいえ

☆今までに治療した病気 (現在治療中を含む) があれば、○印をつけてください。

高血圧 / 糖尿病 / B型肝炎 / C型肝炎 / その他 (_____)

《女性の方のみ》

・現在、妊娠中ですか？ はい (ヶ月) / 可能性あり / いいえ

・現在、授乳中ですか？ はい (1日 回くらい) / いいえ

・現在、妊娠をご希望されていますか？ はい / いいえ