



# 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	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