

## 岡添耳鼻咽喉科クリニック問診票

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 職業 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 都道  
府県 \_\_\_\_\_

TEL (自宅) \_\_\_\_\_ (会社) \_\_\_\_\_  
(携帯) \_\_\_\_\_

(1) どこが悪くて来院されましたか？ いつ頃からどのようにと詳しくお書きください。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(2) 今までに大きな病気・ケガ・手術をしたことはありますか？ あるとしたらいつ頃どのような内容でしたか？

ある \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ない

(3) 今までに飲み薬・注射・吸入薬等で、副作用(アレルギー症状など)を起こしたことはありますか？ あるとしたらどのような薬でどのようにになりましたか？ また、薬以外のアレルギー体質があればお書きください。

ある \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ない

(4) 現在治療中の病気はありますか？ また、飲んでいる薬があればお書きください。

ある \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ない

(5) 女性で、妊娠中・授乳中・妊娠の可能性のある方は○印をつけ、ご記入ください。

妊娠中(        ヶ月)                      授乳中                      妊娠の可能性あり

(6) お酒、タバコの量はどのくらいですか？

酒     : 飲む ( 毎日 ・ 週に                      回)

飲まない

タバコ : 吸う → 1日                      本                      歳から

吸わない

(7) 当クリニックに来院されたきっかけは何ですか？

- a. 広告を見て(駅等で、タウンページ)      b. ホームページ      c. インターネット      d. 知人の紹介で  
e. 近所にあるから      f. その他(                      )