

カルテ No.

年 月 日

ふりがな		
氏 名	様 男 女	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)	
住 所	〒	
電 話	自宅	携帯
いままでに当医院に受診されたことがありますか	ない・ある (年 月ごろ)	

いとう耳鼻咽喉科

問 診 票

年 月 日

体重 kg

1) 本日受診されたのはどこの具合が悪いからですか ○印をつけてください

みみ はな くち のど その他

どのように悪いですか できるだけくわしくお書きください

それはいつからですか

2) 以前 他の耳鼻科に受診されたことがありますか はい いいえ

3) 今 医師の治療をうけたり 飲んでいる薬がありますか はい いいえ

4) 今までに注射やのみ薬で 気分が悪くなったり
発疹がでたり あわなかったことがありますか はい いいえ

わかれば 薬の名前を書いてください ()

5) 局所麻酔剤 (歯の治療、傷を縫った時など) で
ショックを起こしたことがありますか はい いいえ

6) 今までに次の病気にかかったことがありますか

じんましん・ぜん息・心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧・糖尿病・牛乳アレルギー

胃腸病・結核・その他 ()

7) 女性の方へ

今 妊娠していたり その可能性はありますか はい いいえ

授乳中ですか はい いいえ

ありがとうございました

もうしばらくお待ちください

※ 高熱や痛みの強い方は受付に伝えてください

本人又は保護者のサイン

いとう耳鼻咽喉科