

月 日

耳鼻咽喉科予診票

氏名 _____ (才)

(1)どこが悪いのですか。○印で囲んで下さい。

耳 鼻 のど 口の中 その他()

(2)いつから悪くなりましたか。

____日前から, ____週間前から, ____ヶ月前から, ____年前から

(3)どのように悪いのですか。

(4)今までに薬や注射で副作用(薬疹・下痢・ショックなど)が出たことがありますか。

1. いいえ

2. はい (薬品名: _____)

(5)今までに次のような病気にかかったことがありますか。

1. いいえ

2. はい (○印で囲んで下さい。)

高血圧, 糖尿病, 結核, 胃・十二指腸潰瘍, 肝炎, 腎炎, 心臓病, 緑内障

喘息, アレルギー性鼻炎, その他(_____)

(6)今までに受けた手術とその時期を記入して下さい。

1.

2.

3.

(7)喫煙について

1. 吸う

* 一日何本吸いますか (_____ 本)

* 何才から吸っていますか(_____ 才)~

2. 吸わない

(8)飲酒について

1. 飲む

* 一日どのくらい飲みますか (_____)

2. 飲まない

(9)妊娠中の方は必ずお申し出下さい。

(10)10才以下のお子さんは体重を記入して下さい。

_____ Kg