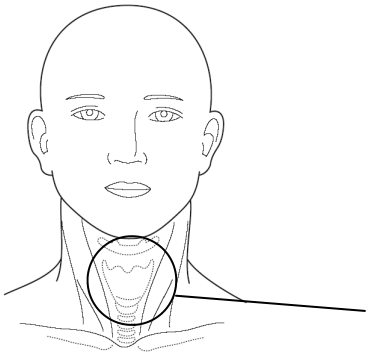
問　診　票

フリガナ 氏名	男・女	住所　〒	受診日
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　　月　　日生　　才	電話番号 緊急連絡先	職種
交通事故・労災・自費診療の方はお申し出ください。（交通事故・労災・自費診療）			体重　　kg

症状を感じる部位に丸印と内容を記載してください。



いつ頃からその症状は出ましたか

どのようなときに症状が起きますか

ご要望：　応急的に早く治したい（出張のため）・じっくり時間をかけて治したい・高度な精密検査を行ってほしい・病気に関していろいろと相談したい

アレルギーの病気または、食べ物や薬・アルコールに対するアレルギーがあれば教えてください。
喘息・アトピー・麻疹　　合わなかった薬の名前と状態

定期健康診断を受けていますか　　はい（最終　　年）　　いいえ

他の病院でかかっている病気があれば病名を教えてください。
高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・肝臓（　　）腎臓（　　）脳梗塞・その他
いつ頃からその症状は出ましたか
処方されているお薬の名前を教えてください。（処方内容の記載されたものを診察前にお見せください）

嗜好品についてお尋ねします。　何年前から　　・喫煙歴　　本/日　・飲酒歴　　を　　杯/日

女性の方のみお答えください。　現在、妊娠中ですか（いいえ・はい　　ヵ月・不明）

ご来院のきっかけについてお尋ねします。
1,家の近く　2,会社・学校の近く　3,ｲﾝﾀｰﾈｯﾄを見て　4,ビル看板を見て　5,パンフレットを見て　6,TVで見て　7,新聞雑誌記事を見て　8,ご家族からの紹介　9,知人からの紹介　10,地域誌を見て　11,病院からの紹介　12,新聞折り込みチラシを見て　13,その他（　　）

この問診票は、迅速かつ確実で安全な診療を行うためのものです。症状で気になることをすべてご記入ください。
なお、頂きましたこれらの情報は、診療行為以外の目的には使用いたしませんのでご安心ください。
ご協力ありがとうございました。

東京ボイスクリニック品川耳鼻いんこう科