初めての方	1
(問診票)	

ふりがな							
お名前						男・女	
生年月日	明治·大正 昭和·平成	年	月	日	()歳	_
ご住所	•						
お電話()						
体重	Kg	体温	°C				

	お電話()				
	 体重	Kg	 体温	°C	
●どのような症状がありますか?[(複数つけられた方は、一番つら	- ·	– –			
耳(右・左・両側) □耳が痛い □耳だれが出る □聞こえが悪い □耳がふさがった感じ □耳鳴りがする □耳がかゆい □耳あかを取ってほしい	鼻 □花粉症 □鼻みずが出 (黄色・緑色・ □鼻がでる □においがわ □鼻がのどに	・白色・透り]くしゃみ (右・左・両 からない		のど □のどが痛い □つかえ感・異物 □声がかすれる □咳がでる □痰 □扁桃腺が腫れ □息苦しい □味がわからなし	きが出る る
その他 □めまい(目がまわる) □めまい(ふらつく・ふわふわする	ご希望か		してアレルギ 記入ください	一検査、補聴器相談など)
●その症状はいつからですか?□今日から ()日前から ()週間前から ()月前左	ns ()	年前から	
●現在治療中の病気や、以前に言 □ない □アレルギー性鼻炎(花 □高血圧 □心臓病(□肝臓病 □腎臓病 [粉症〉 □副鼻腔) □糖尿病	る病気は 炎(ちくの □胃潰: □緑内障	う症) 口ぬ	りまい	
●現在、内服中の薬はありますか □ない □ある 薬剤名(?)		
●薬や注射で、体に異常をおこした □ない □ある 薬剤名(ことがありますか), Š			
●(女性の方へ)該当するものにチロ妊娠なし □妊娠中()週 □	ェックをつけてくた	_	乳中		
●タバコは吸いますか? 「	コ吸わない 口吸	<u>ー</u> う/1日() 木		

□飲まない □飲む/1日(



●お酒は飲みますか?