

【問診票】

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平
氏名		男・女		年 月 日生 (歳)
住所	〒 -	自宅電話	- -	
		携帯電話	- -	

★受診がお子様の方は
体重をご記入ください。

_____ Kg

1. どのような症状がありますか？

2. 症状はいつからありますか？

3. 以下の質問にお答えください。

【治療中の病気・既往】 ※病名が分かる方はご記入ください	喘息・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病()・腎疾患 脳梗塞・結核・緑内障・前立腺肥大・胃潰瘍 その他()
【鼻の手術歴はありますか？】	なし・あり(手術名:)
【服用中の薬】 ※お薬手帳をご提示ください。	なし・あり(薬剤名:)
【ガンの詳しい検査を 希望されますか？】	はい・いいえ
【薬・麻酔アレルギー】	なし・あり(薬剤名:)
【喫煙歴】	なし・あり(1日 本 / 才 ~ 才)
【飲酒歴】	なし・あり
【女性の方へ質問】	現在妊娠している(月) ・ 可能性あり ----- 現在授乳をしている
【医療費明細書の発行について】	希望しない ・ 希望する