



大石クリニック問診票

受診日：_____.

※当院を初めて受診される方のみ、ご記入してください。

フリガナ		男 ・ 女	自宅 電話番号	() -
氏名			ケイタイ番号	- - -
住所				
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日
		年齢	歳	体重 Kg

☆本日の受診は、他科・他病院からの紹介ですか？ はい / いいえ

☆今までに耳鼻科で治療または手術を受けたことがありますか？

はい (病名：) / いいえ

☆本日受診した目的・症状に、○印をつけてください。また、いつ頃から症状がでましたか？

耳	・つまたった感じ	・聴こえが悪い	・痛い	・耳だれ	・かゆみ
	・耳鳴り	・耳垢			
	(月 日頃から)				
のど	・痛い	・声が出にくく	・咳	・痰	・食事が通りにくい
	(月 日頃から)				
口	・口が渴く	・口内炎			
	(月 日頃から)				
鼻	・鼻水	・つまる	・くしゃみ	・鼻血	・臭いがしない
	(月 日頃から)				
めまい	・くるくるまわる	・ふわふわする	・動いたときのみ	・安静にしても	
	(月 日頃から) 起こる				
その他					

☆現在、服用されているお薬はありますか？

はい (薬名：)
いいえ

☆食物アレルギーはありますか？ はい (食物名：) / いいえ

☆薬アレルギーはありますか？ はい (薬名：) / いいえ

☆今までに治療した病気（現在治療中を含む）があれば、○印をつけてください。

高血圧 / 糖尿病 / B型肝炎 / C型肝炎 / その他 ()

《女性の方のみ》

- ・現在、妊娠中ですか？ はい (ヶ月) / 可能性あり / いいえ
- ・現在、授乳中ですか？ はい (1日 回くらい) / いいえ
- ・現在、妊娠をご希望されていますか？ はい / いいえ