

問 診 票

Yoshikawa ENT Clinic

フリガナ

名前 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所

電話番号

いつ頃から具合が悪いですか？

どのような症状ですか？

その他：熱がある _____℃ 頭痛 だるい 補聴器の相談

薬・注射で具合が悪くなったことがありますか？ ある ない

薬剤名：

食べ物のアレルギーはありますか？ ある ない

食品名：

現在治療中の病気はありますか？ ある ない

高血圧 糖尿病 気管支喘息 心臓病 他 ()

入院・手術の既往はありますか？ ある ない

現在内服している薬： ある ない

女性の方のみ： 妊娠中・授乳中ですか？

いいえ 妊娠中 () 週 可能性あり 授乳中

中学生以下の方のみ：体重 () kg

希望の薬は 錠剤 粉 シロップ

吉川耳鼻咽喉科医院

【電話番号】
047-474-0215

【休診日】
木・日・祝日

※利用可能な
非接触型の決済

