

<div style="text-align: center;">  耳  </div> <div style="text-align: center; font-weight: bold;">初診問診票</div> <div style="text-align: center;">大・昭・平・令 年 月 日生</div>	<div style="text-align: center;">  鼻  </div> <div style="text-align: center; font-weight: bold;">初診問診票</div> <div style="text-align: center;">大・昭・平・令 年 月 日生</div>	<div style="text-align: center;">  咽喉  </div> <div style="text-align: center; font-weight: bold;">初診問診票</div> <div style="text-align: center;">大・昭・平・令 年 月 日生</div>
ふりがな	ふりがな	ふりがな
お名前 (才) 男・女	お名前 (才) 男・女	お名前 (才) 男・女
(〒) 市	(〒) 市	(〒) 市
電話番号	電話番号	電話番号
<p>今日はどうされましたか？症状を教えてください。 <input type="checkbox"/> いつからですか？ <input type="checkbox"/> どちらの耳ですか？ (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> どのような症状ですか？ 痛い・押すと痛い・耳だれ・かゆい 耳閉感・聞こえが悪い・声がひびく 耳垢 (あか) ・耳鳴り・めまい</p> <p> 今まで大きな病気にかかったことがありますか？ なし ・ あり</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">詳しく病名・手術・期間など記入してください。</p> <p> 今まで注射や薬で異常が出たことがありますか？ なし ・ あり</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">薬の名前と症状を記入してください。</p> <p> 現在、他の診療を受けていますか？ なし ・ あり</p> <p>病院名： _____ (_____ 科) 病院名： _____ (_____ 科)</p> <p> 現在、飲んでいる薬はありますか？</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">(_____)</p>	<p>今日はどうされましたか？症状を教えてください。 <input type="checkbox"/> いつからですか？ <input type="checkbox"/> どちらの鼻ですか？ (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> どのような症状ですか？ 鼻水・鼻づまり・くしゃみ・後鼻漏 アレルギー性鼻炎・においが分からない いびきをかく・口呼吸になる 鼻血が出る (右 ・ 左)</p> <p> 今まで大きな病気にかかったことがありますか？ なし ・ あり</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">詳しく病名・手術・期間など記入してください。</p> <p> 今まで注射や薬で異常が出たことがありますか？ なし ・ あり</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">薬の名前と症状を記入してください。</p> <p> 現在、他の診療を受けていますか？ なし ・ あり</p> <p>病院名： _____ (_____ 科) 病院名： _____ (_____ 科)</p> <p> 現在、飲んでいる薬はありますか？</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">(_____)</p>	<p>今日はどうされましたか？症状を教えてください。 <input type="checkbox"/> いつからですか？ <input type="checkbox"/> どちらですか？ (のど・口の中・舌・くちびる) <input type="checkbox"/> どのような症状ですか？ 痛い・はれた・熱がある・なにかできた 咳がでる (朝・昼・夜) ・痰がつかえる 骨がささった (なんの骨： _____) 扁桃炎になりやすい (1年に _____ 回)</p> <p> 今まで大きな病気にかかったことがありますか？ なし ・ あり</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">詳しく病名・手術・期間など記入してください。</p> <p> 今まで注射や薬で異常が出たことがありますか？ なし ・ あり</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">薬の名前と症状を記入してください。</p> <p> 現在、他の診療を受けていますか？ なし ・ あり</p> <p>病院名： _____ (_____ 科) 病院名： _____ (_____ 科)</p> <p> 現在、飲んでいる薬はありますか？</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">(_____)</p>