

# 問 診 票

はじめて受診なさる方の診察の参考に致しますので、下記の問いにお答え下さい。

職業 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 才 \_\_\_\_\_  
 TEL ( ) \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_

1. どこが、どんなふうに悪いですか。(具体的に書いて下さい。)
2. いつから悪くなりましたか。
3. 現在、耳鼻科以外の病気がありますか。
4. いままでに病気や、手術をしたことがありますか。あれば何才頃で、どのような病名かを書いて下さい。
5. 下記の項目で、あてはまるものを○で囲んで下さい。  
 アレルギー体質      喘      息      ペニシリン禁  
 ビリン禁              妊      娠      中
6. 薬をのんで気分が悪くなったり、発疹ができたことがありますか。  
 あれば薬品名を書いて下さい。

## 当院への案内図

アクセスマップ



→ 電車利用の場合  
 西武新宿線「花小金井駅」北口  
 徒歩1分 西友の手前です。

→ 車利用の場合  
 専用駐車場（駐車台数7台）  
 をご利用ください。



医療法人社団慶真会

田中耳鼻咽喉科

〒187-0002 東京都小平市花小金井1-2-20 金城ビル2階  
 Tel 042-464-1133 / Fax 042-464-1132