

問 診 票

ふりがな 名前	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (男・女)
住所 テ	電話番号 () 携帯電話番号 ()
熱がある場合 °C	体重 kg

①本日はどうされましたか？

耳 (右・左)	痛い　かゆい　耳だれ　腫れている　聞こえにくい　耳鳴り　ふさがった感じ 耳垢(耳掃除希望)　めまい　他()
鼻	鼻水(水様・粘性・黄色・緑色)　くしゃみ　鼻づまり　鼻水がのどに流れる　痛い 花粉症の予防投与希望　アレルギー検査希望　鼻出血(右・左) においがしない　他()
のど	痛い　腫れている　声がかかる　咳・痰　のどの違和感 息がしにくい　飲み込みにくい　味が分からぬ

②その症状はいつ頃からですか？ _____

③その他、症状やお聞きになりたいことがあれば書いてください。 _____

④他の病気があれば教えてください(○で囲んでください)

高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 高脂血症 肝臓病 腎臓病 結核 喘息
 アトピー 胃潰瘍 前立腺肥大 緑内障 その他()

⑤現在、内服中の薬はありますか？ なし・あり (薬の名前)

*お薬手帳や薬の説明書き(薬剤情報提供書)をお持ちの方は受付に提出してください。

⑥今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ はい・いいえ

薬品名() 食品名() いつ頃()

⑦嗜好品についてお答えください。 酒・ビール(1日 杯) タバコ(1日 本/年)

⑧女性の方へ 現在妊娠中ですか？(いいえ・はい ヶ月) 授乳中ですか？(いいえ・はい)

⑨お子様へ 飲めないタイプの薬がありますか？(何でも飲める 錠剤 カプセル 粉末 シロップ)

⑩どのような診察をご希望ですか?

• 十分な検査と、できるだけ根本的な治療を受けたい
 • とりあえず、当面の症状を抑えて欲しい
 • その他()

⑪医療費明細書の発行を希望しますか？ 希望する・希望しない

⑫来院のきっかけを教えてください。

知人のすすめ 家人のすすめ 通りがかり チラシ ホームページ 他()

これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。
ご協力ありがとうございました。