

# 問 診 票

ふりがな 名前 (男・女)	生 明・大・昭・平 年 月 日 (才 ヶ月)
住所 〒	電話番号 ( ) 携帯電話番号 ( )
熱がある場合 ℃	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) 鼻が臭う においがしない 他( )
のど	痛い 腫れている 声がかれる 咳・痰 のどの違和感 息がしにくい 飲み込みにくい 味が分からない

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( )