

問 診 票

記入日： /

ふりがな		生 年 月 日	
お 名 前	男 女	年 月 日 (歳)	
ご 住 所	〒 -	電 話	- -
		携帯電話	- -

◆ 本日はどうされましたか？ あてはまるものに○をつけてください。

みみ	どちらの耳ですか（右・左・両方） ・ 耳が痛い ・ 耳だれ ・ 耳をさわる 耳あか ・ 聞こえにくい ・ 耳がつまった感じ ・ 耳鳴り
はな	鼻がつまる ・ 鼻汁が出る（サラサラ・ネバネバ） ・ くしゃみ 鼻血（右・左・両方） ・ 鼻水がのどに流れる
のど	のどが痛い ・ 声が（かれる・でない） ・ たんがからむ せきが出る（たんがらみのせき・乾いたせき） ・ のどがつまった感じ
その他	体温（ °C ） ・ めまい ・ 頭痛 ・ 口内炎

◆ いつごろからですか？

◆ 現在治療中、または、これまでにかった病気はありますか？

ない ある	喘息 花粉症 アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎（ちくのう） 中耳炎 熱性けいれん アトピー 高血圧 糖尿病 腎臓病 肝臓病 緑内障 前立腺肥大 心臓病 その他（ ）
-------	--

◆ 内服中のお薬はありますか？ → お薬手帳などをお持ちの方は受付へご提出ください。

ない ある	医療機関名： _____	お薬の名前： _____
-------	--------------	--------------

◆ 今までに、薬や食物でじんましんが出たり、気分が悪くなったりしたことはありますか？

ない ある	薬・食物の名前： _____
-------	----------------

◆ たばこを吸いますか？

吸わない	現在吸っている	[1日 本 / 年]	以前吸っていた	[年前まで]
------	---------	--------------	---------	----------

◆ 15歳未満の方へ：体重とお薬のご希望をお聞かせください。

体重	kg	① 粉薬	② シロップ	③ 錠剤	④ なんでも良い
----	----	------	--------	------	----------

◆ 女性の方へ：妊娠中またはその可能性はありますか？ 授乳中ですか？

いいえ	妊娠中 (週)	妊娠の可能性がある	授乳中
-----	----------	-----------	-----

◆ 当院を知ったきっかけに○をつけてください。

() 親族・知人友人の紹介 [] さん	() 自宅や職場に近い
() ホームページを見た [スマホ・パソコン]	() 姉妹院を受診した [平尾本院・若久通り院]
() 看板を見た [場所：]	() その他 []