

問 診 票

ご記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 様(男・女) 生年月日 M・T・S・H 年 月 日

住所 (〒 -)

電話番号 - -

体温(熱のある方) °C 体重(10歳以下のお子様のみ) kg

1. 今日はどうされましたか? (○で囲んでください)

耳(右・左): 痛い・かゆい・耳だれ・耳なり・きこえにくい

鼻: 鼻みず・鼻づまり・くしゃみ・においが気になる

においがしない・鼻血が出る・花粉症

のど: 痛い・せき・たん・声がおかしい・のどの違和感

その他: めまい・首のできもの・首が痛い・睡眠時無呼吸・いびき

顔の動きがおかしい・上記以外の症状 ()

2. いつ頃から、その症状がありますか?

月 日頃 (日前から)

3. 今までにかかったことがある病気・アレルギーに○印を付けて下さい。

ある・・・心臓病・脳梗塞・脳出血・高血圧・肝臓病・腎臓病・前立腺肥大

緑内障・糖尿病・喘息・アトピー性皮膚炎

その他 ()

ない

4. 薬や食べ物のアレルギーはありますか?

ある・・・ピリン系・ヨード・造影剤・卵・抗生物質()

その他 ()

ない

5. 現在服用中の薬はありますか?

ない ある ()

6. 妊娠中・授乳中の方は、記入して下さい。

妊娠中: 約 () カ月 ・ 可能性がある

授乳中ですか?: はい ・ いいえ

7. タバコは吸いますか?

吸わない 吸う () 本/日

8. 当院は何でお知りになりましたか?

お知り合いやご家族などからの紹介・駅看板・電柱看板・近所であるため知っていた

インターネット・電話帳・その他 ()

9. お聞きになりたい事やご心配な事がありましたらご記入下さい。

(

ご記入お疲れ様でした。順番がきましたらお呼びしますので、もう少々お待ち下さい。