

問 診 票

ご記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 様 (男・女) 生年月日 T・S・H・R 年 月 日

住所 (〒 _____) _____

電話番号 _____

体温 (熱のある方) _____ °C 体重 (14歳以下) _____ kg

1. 今日はどうされましたか？ (本日診察をしてほしい所だけを○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 (_____) ヶ月・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・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。順番がきましたら呼びますので、もう少々お待ち下さい。