

年 月 日

問 診 票

ID

ふりがな		電話番号 (携帯)	
お名前	(男・女)	(自宅)	
生年月日	年 月 日(歳)	住所	〒
	発熱 (あり ・ なし)	°C	

※15歳以下の方	くすり【・粉 ・シロップ ・錠剤】希望	体重	kg
※女性の方	・現在、妊娠していますか？またはその可能性がありますか？ いいえ はい (予定日： 年 月 日) ・現在、授乳中ですか？ いいえ はい (子供の生年月日：)		

①本日はどのような症状で受診されましたか？

- 耳の症状** : (どちらの耳が) 右耳 左耳 両方の耳
●耳が痛い ●耳だれがでる ●耳がかゆい ●聞こえが悪い ●補聴器相談 ●耳そうじ
●耳がふさがった感じ ●耳鳴り ●めまい (ぐるぐる ふわふわ)
- 鼻の症状** : ●鼻水 (水のようにねばねば 膿のように) ●鼻づまり ●くしゃみ
●鼻血 (右 左 両方) ●においがわからない
●鼻が痛い ●ほほが痛い (右 左 両方) ●舌下免疫療法 (スギ・ダニ)
- のどの症状** : ●のどが痛い ●のどに何かがある感じ ●のみこみにくい ●声がかれる
●咳 ●たん ●口内炎 ●舌が痛い ●味がわからない
- 全身症状** : ●体がだるい ●気分がわるい ●夜中に息が止まる ●いびき ●吐き気 ●頭痛 ●頭が重い
●目のかゆみ ●機嫌が悪い ●禁煙治療 ●男性型脱毛症 ●アレルギー検査
- その他 : ()

②その症状はいつごろからですか？

(年 月 日ころから)

③すでに他の医療機関で治療をうけましたか？

いいえ はい (いつ: どの病院:)

④今までにかかった病気があれば、教えてください。

- ・熱性けいれん ・糖尿病 ・高血圧 ・前立腺肥大 ・ぜんそく ・小児ぜんそく
・アレルギー性鼻炎(花粉症を含む) ・食物アレルギー ()
・アトピー ・緑内障 ・その他 () ・手術 ()

⑤飲んでいるお薬があれば教えてください。(お薬手帳がありましたらご提示をお願いします。)

ない ある ()

⑥今までに薬や注射や点滴や麻酔などで体に異常がおきたことはありますか？

ない ある 何の薬ですか？ ()
どんな症状がありましたか？ (発疹 気分不快 嘔吐 ショック その他)

⑦保育園や幼稚園に通っていますか？ いいえ (託児所 保育園 幼稚園) に通っている

⑧タバコは吸いますか？

- ・吸わない ・吸っています(1日 本 年間) ・以前吸っていた

※ 当院をお知りになったきっかけは？(複数回答可)

- ①家族から聞いて(様が通っているから) ②知人 様から聞いて
③他の医療機関から聞いて ④近所・通りがかり ⑤看板・電柱の看板を見て ⑥電話帳
⑦当院のホームページ (あてはまるものに○をつけてください) : パソコン スマートフォン 携帯)