

問診票

診察する上で必要な情報ですので、お手数ですがわかる範囲でご記入をお願いします。

フリガナ	性別	男 ・ 女
お名前	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 才
〒 ご住所		体重 15才以下のみ k g
自宅番号 (— —)		携帯番号 (— —)

*本日はどのような症状で来院されましたか？ 下記の項目の部位、症状に○をお付けください。

耳 (右・左・両)	・痛い ・耳だれ ・聞こえが悪い ・耳鳴り ・耳あか ・耳がふさがる
鼻 (右・左・両)	・鼻づまり ・鼻水 ・くしゃみ ・味やニオイがわからない ・鼻血
のど	・痛い ・のどがつまる ・舌、口の荒れ ・声のかすれ ・咳 ・痰
その他	・いびき ・無呼吸 ・めまい ・首の腫れ ・顔のゆがみ ・異物 (耳・鼻・のど) ・発熱 () 度

*その他の症状あればご記入をお願いします。

()

*その症状はいつからですか？

()

*今までにかかった病気や治療中の病気があれば○をつけてください。

ぜんそく・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・花粉症 (重症・軽症) その他 ()

*今現在、定期受診や投薬を受けていますか？

いいえ ・ はい 病院名 () 病名 ()

いつ頃 ()

薬の内容 ()

高血圧、糖尿病、抗凝固剤など内服している方は必ずご記入してください。
またお薬手帳やお薬の情報をお持ちの方は受付にご提示下さい。

*薬や病院・歯科での麻酔の注射のあと具合が悪くなったことはありますか？

ない ・ ある →具体的に記入してください。(いつ、薬剤、症状など)
()

*薬、食物アレルギーなどありますか？

ない ・ ある →ある方は、具体的に記入してください。(いつ、薬剤・食物、症状など)
()

*たばこを吸いますか？ いいえ ・ はい (1日 本 喫煙歴 年)

*女性の方のみお答え下さい

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (現在 月 日, 出産予定日 月 日)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

*来院されたきっかけは何ですか？

ご紹介: _____ 病院 (紹介、通院中) ご家族、知人: お名前 _____

ホームページ、通りすがり、広告 (チラシ、バス、看板) その他 ()