

問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ () 歳 男性・女性 ご職業 _____

(大・昭・平・令)

生年月日 _____ 年 月 日 電話番号 _____

住所 〒 _____

※ご来院は初めてですか？ (初めて 久しぶり)

※本日の体温をご記入ください。 (_____ ℃)

※どのような症状がありますか？ ○でかこんでください。

耳 痛い かゆい 水や膿が出る 耳垢
(右・左・両) 聞こえが悪い つまった感じ 耳鳴り めまい
鼻 鼻出血 鼻づまり 鼻汁 (水様性・膿性)
くしゃみ 臭いがわからない
のど 痛みがある つかえる・つまる むせる
声がかれる 咳・痰
その他 口内炎 いびき 花粉症 顔面神経麻痺

その他の症状 (_____)

※症状はいつからですか？ (_____)

※今までにかかった病気、治療中の病気、現在服用中の薬があればご記入ください。

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 緑内障 喘息 前立腺肥大 腎臓病 アトピー

その他 (_____)

服用中の薬 (_____)

※飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？ (ある・ない)

薬剤名 (_____)

症状 発疹がでた 息苦しくなった ひどい下痢をした 胃痛 動悸 悪心

その他 (_____)

※小児の方は体重をご記入ください (_____ kg)

※妊娠中または可能性はありますか？ (はい _____ ヶ月 ・ いいえ)

※授乳中ですか？ (はい : お子様の年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 ・ いいえ)

※アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

牛乳・卵・スギ・ヒノキ・ハウスダスト・ダニ・その他 (_____)