

問 診 票

ふりがな お名前		様	男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
住 所		〒 -	体重 Kg	自宅 携帯	() - () -
現在 お熱はありますか？		発熱（今 ℃ 昨日 ℃）			
いつからですか？		・今日から ・昨日から ・（ ）日前から ・（ ）週間前から ・（ ）ヶ月前から ・それ以前（ ）			
耳 右・左・両方 いずれかを○で 囲んでください	・かゆみ ・痛み ・耳だれ ・聞こえにくい ・詰まる感じ ・響くかんじ ・耳垢掃除 ・めまい ・異物が入った ・耳の下が腫れている ・耳鳴り ・その他（ ）				
鼻	・鼻水（透明 黄色 緑色 血が混じる） ・鼻づまり ・くしゃみ ・鼻血 ・鼻水が喉におりる ・においがしない 分かりにくい ・頬が痛い ・異物が入った ・その他（ ）				
のど・口	・痛い ・痰 ・咳 ・声がかれる ・つかえる ・異物感 ・息苦しい ・口内炎 ・いびき ・味がしない ・その他（ ）				
その他	・頭痛 ・目の痒み（コンタクト ・している ・していない）				

今までにかかった 又は 現在治療中の病気はありますか？ ・ある ・なし
 ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・脳疾患 ・肝臓病 ・その他（ ）

現在飲んでいるお薬はありますか？ ・はい ・いいえ
 お薬手帳はお持ちですか？ ・はい ・いいえ
 お薬手帳がない方で、今 処方されている薬があれば記入してください
 お薬や食べ物で、アレルギーがありますか？ ・はい ・いいえ
 アレルギー 薬（ ） 食べ物など（ ）
 女性の方のみ 現在 妊娠中もしくは 授乳中ですか？
 ・はい、妊娠中です ・はい、授乳中です ・いいえ

当院をどのようにお知りになりましたか？
 ・チラシ ・ホームページ ・インターネット ・看板 ・電柱 ・紹介状
 ・クチコミ ・通りすがり ・その他（ ）

ご協力ありがとうございます

