

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	()	—
現在発熱していますか？ (°C)			最近発熱しましたか？ (°C) (日前)		
症状はいつからですか？		・今日から ・昨日から ・() 日前から ・() 週間前から ・() ケ月前から ・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

