

問診票

ふりがな

氏名

生年月日

男・女 M T S H 年 月 日 歳

※15歳以下のお子さんは体重 kg

〒 -

住所

電話番号 () -

携帯電話 () -

☆熱があるようでしたら受付にお申し出下さい。

① 本日はどのような症状で受診されましたか？

◎耳の症状は ⇒ 右耳・左耳・両耳 ⇒ 痛い ・ 耳だれ ・ かゆい ・ 聞こえが悪い
ふさがった感じ ・ 耳なりがする

◎鼻の症状は ⇒ 鼻水がでる（水みたい・ねばねば・膿） ・ 鼻がつまる ・ くしゃみがでる
においがわからない ・ 鼻血がでる（右・左） ・ 頬が痛い
花粉症（⇒専用の問診票にも記載をお願いします）

◎のどの症状は ⇒ のどが痛い ・ 異物感がある ・ 声がれ ・ 口内炎ができた ・ 舌が痛い
せき・たんがでる ・ 味がわからない

◎その他の症状 ⇒ めまいがする（⇒専用の問診票にも記載をお願いします）

頭が痛い ・ いびきをかく ・ 吐き気がする ・ 頭が痛い ・ 身体がだるい

()

② その症状はいつ頃からですか？

今日から ・ () 日前から ・ () ヶ月前から ・ () 年前から

③ 今までにかかったことがある病気があれば教えてください

ぜんそく ・ ひきつけ ・ 熱性けいれん ・ アトピー性皮膚炎 ・ 胃潰瘍 ・ 肝臓病 ・ 高血圧

心臓病 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障

その他 ()

④ 普段から内服している薬があれば教えてください。

()

⑤ お薬や食べ物で体に異常が起こったことはありますか？

ない ・ ある ⇒ あると答えた方は詳しく教えてください。

原因 () 症状 ()

⑥ (女性のみ) 現在妊娠していますか？

いいえ ・ はい⇒ () 週

授乳中ですか？

いいえ ・ はい

⑦ タバコをすいますか？

いいえ ・ はい⇒ () 本/日× () 年間・以前は吸っていた⇒ () 本/日× () 年間

⑧ (子供さんのみ) 保育園や幼稚園に通っていますか？

いいえ ・ 保育園 ・ 幼稚園