

問診表(初診)

令和 年 月 日()

ふりがな 名前: _____ 男・女(歳) 電話番号: _____

住所: (〒 _____) 携帯番号: _____

● 今日はどうのような症状でこちらを受診されましたか？

いつ頃から: () 発熱: ない・ある()°C 子供の場合、体重: ()kg

耳(右・左・両): 痛い、耳だれ、聞こえにくい、耳鳴り、ふさがった感じ、かゆい、耳垢、異物()

鼻(右・左・両): 痛い、つまる、鼻汁(透明・色つき)、鼻血、くしゃみ、においがしない、異物()

のど・口内: 痛い、咳(乾・湿)、痰(透明・色つき)、声がれ、違和感、口内炎、味がしない、異物()

めまい: グルグル(回転)、フワフワ(浮動)、立ちくらみ、吐き気、頭痛 その他()

● 今までかかった病気はありますか？

糖尿病(ない・ある)、緑内障(ない・ある)、高血圧(ない・ある)、胃潰瘍(ない・ある)、喘息(ない・ある)

心臓病(ない・ある)、うつ病(ない・ある)、その他()

● 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ ない・ある(名前や種類:)

● 現在飲んでいるお薬があればお薬手帳をお渡し下さい。お持ちでなければお薬の名前や種類をお書き下さい。

()

● タバコは 吸わない・吸う(どれくらい:) お酒は 飲まない・飲む(どれくらい:)

● 女性の方にお聞きします。妊娠は していない・不明・している(現在 週) 授乳は していない・している

● 当医院はどうやって知りましたか？ 以前から・通りがかり・知人から・広告・インターネット・その他()

● 診察にあたってご希望があればお書き下さい。()