

<問診票>

記入年月日 年 月 日

ふりがな	生年月日
氏名 _____ 男・女	T・S・H・R 年 月 日 歳
〒 _____	
住所 _____	電話番号 () - _____
	携帯番号 () - _____
15歳以下のお子様 ※必須 体重 _____ kg	
※保育園・幼稚園に通っていますか→ (保育園・幼稚園・いいえ) ※職業 ()	

※熱があるようでしたら受付にお申し出下さい → 体温 () °C

(1) 本日はどのような症状で受診されましたか？あてはまる症状を○で囲んでください。

◎耳の症状	◎鼻の症状	◎のどの症状	◎その他
(右耳・左耳・両耳) 痛い 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り ふさがった感じ	鼻水 (さらさら・黄色・ねばねば) 鼻づまり くしゃみ 頬が痛い においが分からない 鼻血が出る	痛い のどに違和感がある せき たん 声がれ	発熱 () °C インフルエンザ疑い ★花粉症 アレルギー検査希望 ★めまい いびきの検査希望 その他 (自由記載)

(2) その症状はいつからですか？ 今日から・() 日前から・() ヶ月前から () 年前から

(3) 現在お薬を使用していますか？

はい → お薬手帳をお持ちの方は、スタッフにお渡し下さい
いいえ → お持ちでない場合は、お薬の名前を下にお書き下さい希望のものがあれば○をつけて下さい
点鼻薬 点眼薬(ｺﾝﾀｸﾄﾘﾝｽ 有・無)

現在使用中のお薬： 病院・クリニック：

(4) いま自分があてはまるものに○をつけてください

肝臓病・B型肝炎・C型肝炎・高血圧・糖尿病・腎臓病・緑内障・前立腺肥大・ペースメーカー・身体障害者手帳保持
その他 ()

(5) 処方するお薬の形態について (乳児～小学生までお答えください)

・錠剤 ・粉薬 ・シロップ (抗生剤は粉薬) ・1日2回 ・1日3回 希望のものに○をつけてください

(6) 薬や食べ物で異常やアレルギーを起こしたことはありますか？ ない場合は「なし」に○を付けて下さい

なし あり ()

(7) (女性のみ) 現在妊娠していますか？ いいえ・はい () 週・不明 授乳中ですか？ いいえ・はい

(8) たばこをすいますか？ いいえ・はい→1日 () 本 やめた (年前)

(9) 当院をどこで知りましたか

・家族・親族から ・知人から ・他の医療機関 ・ホームページ ・ホームページ以外のネット
・駅に設置してある看板 ・自宅/職場に近い その他 ()

※ご記入いただいた内容は厳重に管理し、アンケートや集計処理やご案内等以外には使用することはありません。