

No.

問診票

記入日 R

ふりがな		男	生年月日
氏名		女	大昭平令 年 月 日生 歳 お子様のみ(歳 ヶ月)
住所	(〒 -)		15歳以下の方 体重()kg
電話番号	- -	体温(発熱がある方)	発熱はいつからですか?
携帯電話	- -		℃

本日はどのような症状で来院されましたか？ 当てはまる症状に○をつけて下さい。

耳	痛み(右 左) 耳掃除希望(右 左)	鼻	鼻水(緑 黄 白 透明) くしゃみ
	かゆみ(右 左) つまる感じ(右 左)		鼻がつまる 鼻水が喉に落ちる
めまい	難聴(右 左) 耳の下の腫れ(右 左)	喉	においが分からない 変な臭いがする
	耳だれ(右 左) → 何色ですか?(黄 透明 わからぬ)		出血(右 左) 鼻のかゆみ
他	耳鳴り(右 左) → 高い音 ・ 低い音	風邪	異物 目のかゆみ 頭痛
	出血(右 左)		発症日:
めまい	発症日:	喉	痛み 骨が刺さった()
	ぐるぐる回る くらつき		腫れている 声がかれている
他	立ちくらみ 吐き気	風邪	喉のかゆみ 息苦しさ
	(1)めまいは初めてですか? いいえ・はい		異物感 胃酸が逆流する
他	(2)頭を動かして辛い向きはありますか?	風邪	つまった感じ
	上向き 下向き 左向き 右向き わからない		発症日:
他	(3)体に痺れはありますか? いいえ・はい	風邪	咳(かわいた咳・痰の絡んだ咳)
	(3)めまいで病院を受診したことはありますか?		痰(緑 黄 白 透明)
他	いいえ・はい []	風邪	倦怠感 関節痛 悪寒
	発症日:		発症日:
他	健康診断で受診するよう勧められた・アレルギー検査希望・補聴器相談・いびき・睡眠時無呼吸	風邪	

◆上記で○をした症状で他の病院を受診したことがありますか? いいえ・はい

◆いままでかかった病気、現在治療中の病気を教えてください。

副鼻腔炎(蓄膿症) 脳血管疾患 心臓病 高血圧 糖尿病 喘息 結核 前立腺肥大 緑内障

その他 []

◆現在、使用中のお薬はありますか? []

いいえ・はい

◆お薬でアレルギーがでたことがありますか? []

いいえ・はい

◆食物アレルギーはありますか? []

いいえ・はい

お子様のみご記入ください。

◆お薬のご希望形状に○をしてください。

シロップ ・ 粉 ・ 錠剤

◆熱性けいれんにかかったことはありますか? []

いいえ・はい

_____歳

◆喘息と診断されたことはありますか? []

いいえ・はい

_____歳

◆気管支拡張のシールを使用したことはありますか?(例:ホクナリンテープ)

いいえ・はい

◆解熱鎮痛剤を使用したことはありますか?(例:カロナール, ポンタール等)

いいえ・はい

女性の方のみご記入ください。

◆現在、妊娠中ですか? []

いいえ・はい

現在_____週

現在_____ヶ月

◆現在、授乳中ですか? []

いいえ・はい

※お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒にご提出ください。