

## 問診票

記入日: /

ふりがな		生年月日	
お名前	男 女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日( 才)	
ご住所	〒 -	電話	- -
		携帯電話	- -

➤ 本日はどうされましたか？あてはまるものに○をつけてください。

耳	( 右、左、両方 ) 耳が痛い 耳だれ 耳をさわる 耳あか 聞こえにくい 耳がつまった感じ 耳鳴り
鼻	くしゃみ 鼻水 鼻がつまる 鼻がくさい ほっぺが痛い 鼻血 鼻水がのどに落ちる においが分からない
のど	のどが痛い 飲みこめない 声がれ たんがでる せきが出る のどがつまる 口内炎 舌の異常 味の異常
その他	めまい いびき・睡眠時無呼吸 顔が動かしにくい くびのはれ その他( )

➤ いつからですか？( / から) 体重( kg) 体温( °C)

➤ 現在治療中、またはこれまでにかった病気はありますか？

ない ある	ぜんそく 熱性けいれん 高血圧 糖尿病 腎臓病 肝臓病 緑内障 前立腺肥大 心臓病 その他( )
-------	---

➤ 今までに、薬や食物でじんましんが出たり、気分が悪くなったことがありますか？

ない ある	薬・食物の名前:
-------	----------

➤ タバコは吸いますか？

吸わない 現在吸っている(1日 / 年) ( )年前まで吸っていた
-----------------------------------

➤ 内服中の薬はありますか？(お薬手帳があれば受付へお申し出ください)

ない ある	医療機関名: 薬の名前:
-------	--------------

➤ 女性の方へ:妊娠中またはその可能性はありますか？授乳中ですか？

いいえ	妊娠中( 週)	妊娠の可能性がある	授乳中
-----	---------	-----------	-----