

記入日 令和 年 月 日



問診票

本日の呼び出し番号(クリニック記載)

氏名	ふりがな	男・女	電話	自宅	-	-
				携帯	-	-
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日
		職業				
		体重	※15歳未満の方のみ	kg	体温	°C

紹介状 あり なし 本日はどのような症状で来院されましたか？マルで囲んでいただき、必要時ご記入ください。

耳	痛い・かゆい・耳鳴り・耳だれ・耳あか・聞こえにくい・耳がつまった感じ ※耳鳴りはどのような音ですか？ その症状は(右・左)いつ頃からですか？
鼻	鼻がつまる・鼻水(でる → 色がついている・ついていない)・くしゃみ・においがしない いびき(無呼吸あり・なし)・鼻血 その症状は(右・左)いつ頃からですか？
のど	痛い・つまった感じ・飲み込みにくい・声(でない・かれている)・痰がからむ・息苦しい 咳がでる(乾いている・痰がからむ) その症状はいつ頃からですか？
その他	めまい(回転性・フラフラ)・吐き気・頭が重い・頭が痛い・顔にしびれがある 首が腫れている どのあたりですか？ 口の中(が痛い・にできものがある) どのあたりですか？ その症状はいつ頃からですか？

上の項目に当てはまらない場合はご記入ください。

- 今回の症状で治療をお受けになったことはありますか？ (ある・ない)
いつ、どこで、どのような治療を受けられましたか？
[詳細:]
- 今までかかったことがあるご病気や、現在治療中のご病気はありますか？
(喘息・前立腺肥大・緑内障・高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・その他)
[詳細:]
- 今までに手術や輸血の経験はありますか？ (ある・ない)
[詳細:]
- 現在お飲みのお薬はありますか？ (ある・ない)
[お薬の名前:]
- アレルギーはありますか？ (ない・食べ物・お薬)
[食べ物やお薬の名前:]
- たばこは吸われますか？ (吸う・吸わない)
[1日 本 / 年間] [過去に吸っていた → 歳まで1日 本 年間]
- お酒は飲まれますか？ (飲む・飲まない)
[種類や量、頻度:]

女性の方へ ● 現在妊娠中またはその可能性はありますか？また、授乳中ですか？ (はい・いいえ・授乳中)
[出産予定日: 年 月 日]

15歳未満の方へ ● 熱性けいれんをおこしたことはありますか？ (はい・いいえ)
● お薬の形状にご希望はありますか？ (粉薬・錠剤)