

問 診 票

フリガナ	男 ・ 女	(10歳以下の方)
お名前		体重 kg
生年月日 大・昭・平・令 年 月 日	(年齢 歳)	
ご住所 〒 —		
携帯 () — 電話 () —		

次のあてはまる症状を **○** で囲んでください。またそれはいつ頃からの症状かご記入ください。

☆熱のある方 (°C)

耳 (右・左)	鼻 (右・左)	のど・口	めまい
<ul style="list-style-type: none"> ・かゆい ・痛い ・耳だれが出る ・聞こえにくい ・耳鳴り ・耳掃除希望 ・中耳炎が心配 	<ul style="list-style-type: none"> ・つまる ・鼻水が出る ・くしゃみが出る ・頭が痛い (重い) ・ニオイが分からない ・鼻血が出る ・花粉症 	<ul style="list-style-type: none"> ・のどが痛い ・のどがつまる ・声がかれる ・せきが出る ・たんが出る ・口の中が痛い ・味が分からない 	<ul style="list-style-type: none"> ・フラフラする ・クルクルまわる ・吐き気
日前から	日前から	日前から	日前から

● アレルギー検査について ・希望する ・話を聞きたい

※上記以外の症状、または医師に伝えておきたい事があれば簡単にご記入ください。

※現在の飲んでいるお薬がある方は、診察室でお薬手帳をお見せ下さい。

以下の項目であてはまるものに○印をご記入ください。

- ①今までに薬をのんで具合が悪くなったことがありますか 【ない・ある () 】
- ②今までに注射で具合が悪くなったことがありますか 【ない・ある () 】
- ③今までにひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか 【ない・ある】
- ④今までに大きな病気をしたことがありますか

じんましん 喘息 心臓病 肝臓病 (B型/C型) 糖尿病 高血圧 胃かいよう
 その他 ()

⑤タバコを吸われる方 1日 () 本 × () 年数

⑥女性の患者様へ

現在、妊娠していますか 【いいえ・はい (ヶ月) ・可能性がある】

現在、授乳していますか 【いいえ・はい】