

# 問 診 票

記入日	年 月 日	カルテ番号 ( )	
フリガナ		性 別	体重 (15才以下の方)
氏 名		男 ・ 女	kg
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日	才
住 所	〒		
電話番号		携帯番号	

1) いつごろからどのような症状がありますか？

( )

2) お熱はありますか？    ない    ある (                      度)

3) 1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？    ない    ある (国名:                      )

4) 今まで耳鼻科にかかったことはありますか？    ( はい ・ いいえ )  
いつ頃 (                      )    病名 (                      )    手術 (                      )

5) 今までに、次の病気にかかったことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

ぜんそく    花粉症    アトピー性皮膚炎    食物アレルギー (                      )  
糖尿病    高血圧    脳梗塞    心臓病    胃潰瘍    肝臓病 (B型肝炎・C型肝炎等)    腎臓病  
結核    緑内障    前立腺肥大    てんかん    熱性けいれん  
その他 (                      )

6) 薬や注射などで、気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？ ( はい ・ いいえ )  
薬の名前をお書きください。 (                      )

7) 現在、何か薬を飲んでいますか？    ( はい ・ いいえ )  
薬の名前をお書きください。 (                      )

8) 日常生活で当てはまるものに○を付けてください。  
たばこ                      1日 (                      本) × (                      年間)  
アルコール  
運転をする                      ( 車 ・ バイク ・ 機械作業 )

9) 現在、妊娠している    妊娠の可能性ある    授乳中である。 ( はい ・ いいえ )  
妊娠中 \_\_\_\_\_ヶ月    妊娠の可能性あり    授乳中

10) 乳児から小学生までお答えください。薬の希望に○を付けてください。  
何でも飲める    ・    錠剤    ・    粉薬    ・    シロップ    (抗生剤は粉薬のみです)

ご記入、お疲れ様でした。受付へ提出してください。  
これらの情報は、診療以外の目的に使用することはありません。