

問 診 票

記入日	年 月 日	カルテ番号()
フリガナ		性 別
氏 名		男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	体重(15才以下の方)
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。