

問 診 票

No.

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日	大 昭 平 令	年	月	日 生
おなまえ	様						(才)
おところ	〒			・ 自宅 ・ 携帯			

❀ 本日は、どのような症状でこられましたか？

体温 ()℃

・あてはまる症状に○印を付けて下さい

耳 (左・右) 耳が痛い・耳だれ・聞こえにくい・耳鳴りがする・耳がつまる感じ・めまい

鼻 (左・右) 鼻づまり・鼻水・色のついた鼻汁・くしゃみ・鼻水がのどに流れる・鼻血

の ど のどが痛い・声がかれる・せき・たん・のどがつまる・異物感がある

・症状はいつごろからですか。

今日 時々 ()日前から ()週間前から かなり前から ()年以上前から

・その他、気になることがありましたらご記入ください。

❀ あなたの体質や病歴についてお尋ねします。

(1) 注射や飲み薬で、発疹が出たり気分が悪くなったり、ショックを起こしたことがありますか？ (はい・いいえ)

(はいとお答えの方)

どのような時に起こりましたか？ 咳止め・熱さまし・風邪薬・抗生物質・その他 ()

(2) 今までに病気をしたり、手術をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

(はいとお答えの方)

病名を教えてください。 高血圧・心臓病・糖尿病・ぜんそく・その他 ()

(3) 現在、飲んでいる薬はありますか？ (はい・いいえ)

(はいとお答えの方)

※お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示ください。

お薬手帳をお持ちですか？ (はい・いいえ)

(4) 女性の方にお伺いします。現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ)

(はいとお答えの方) 現在 妊娠 ケ月・授乳中・どちらでもない

(5) 体重を教えてください。(お子様のみ) ()kg

❀ お手数ですが、アンケートにお答えください。

・当院を受診するきっかけを○印で囲んで下さい。

①近所 ②知人からの紹介 ③ホームページ ④看板 ⑤他院からの紹介 (医院)

⑥その他 ()

ご協力ありがとうございました。