

問診票

年 月 日

ふりがな		生年月日
氏名		大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒	
電話番号	自宅・携帯 ()	体温: °C

■ 本日はどのような症状で来院されましたか。(当てはまる項目に○をつけてください)

はな	・鼻水 ・鼻づまり ・くしゃみ ・鼻血 ・鼻のいたみ
みみ	・耳が痛い(右 / 左 / 両方) ・耳だれ(右 / 左 / 両方) ・聞こえが悪い(右 / 左 / 両方) ・耳がつまった感じ(右 / 左 / 両方) ・耳鳴り(右 / 左 / 両方) ・めまい
のど	・のどが痛い ・咳 ・痰 ・声が出にくい、出ない ・食べ物が飲み込めない ・のどに何かある感じがする
その他	・首のはれ、いたみ ・首のしこり ・口の中(痛い 何かできている) ・頭痛 ・発熱 (体温: °C ⇒ いつごろからですか?:)

上記以外の症状がありましたらお書きください⇒())
◇症状はいつからありますか?⇒())

■ 現在治療中、あるいはこれまでにかったことのあるご病気はありますか。

気管支喘息 糖尿病 高血圧 胃・十二指腸潰瘍 腎臓病 肝臓病 心筋梗塞 狭心症
その他(病名:)

■ 現在服用中のお薬はありますか。

・いいえ ・はい (薬剤名:)

※おくすり手帳をご持参の方はご提示ください。

■ お薬や食べ物により、アレルギーが起きたことはありますか。

・いいえ ・はい (薬剤名: 食べ物:)

「はい」と答えた方: どのような症状が出ましたか⇒())

■ 女性の方への質問 ・妊娠の可能性(なし / あり) ・妊娠中 (ヶ月) ・授乳中

■ お子様への質問

・体重はどれくらいですか。 (kg)
・ご希望のお薬の形、服用回数がありますか。
(粉薬 / シロップ / 錠剤) (服用回数: 1日2回 / 1日3回)

⇒ありがとうございました。ご記入が終わりましたらスタッフへご提出ください。

