

# 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。

