

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 生年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 性別 _____ 男 _____ 女

ご住所 〒 _____ - _____

ご自宅 (_____) _____ - _____ 携帯番号 (_____) _____ - _____

交通手段 _____ 徒歩 _____ 自転車 _____ バイク _____ 車 _____ 電車 _____ バス _____

診察の参考にいたしますので、当てはまる所に○、またはご記入をお願いします。

1 今日、どのような症状で来院されましたか？

耳

いつ頃から・・・

どんな症状・・・ (右 ・ 左 ・ 両方)

鼻

いつ頃から・・・

どんな症状・・・

のど

いつ頃から・・・

どんな症状・・・

その他

いつ頃から・・・

どんな症状・・・

2 今までに薬をつかって異常がでたことはありますか？

はい (薬の名前 _____ 症状 _____) ・ いいえ

3 現在薬を飲んでいますか？

はい (薬の名前 _____) ・ いいえ

おくすり手帳をお持ちの方は提出してください。

4 次のような病気にかかったことはありますか？

はい (喘息・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・緑内障・前立腺肥大・耳鼻科の病気) ・ いいえ
その他 (_____)

5 女性の方へ : 現在妊娠中あるいはその疑いがありますか？

はい (妊娠 _____ ヶ月) ・ いいえ

授乳中ですか？

はい (お子様 _____ 才 _____ ヶ月) ・ いいえ

6 15歳未満の方へ : 体重 (_____ kg)

*薬の希望形状・・・ シロップ・ドライシロップ(粉末)・錠剤

8 お酒は飲みますか？

飲む(1日平均 _____) ・ 時々飲む
・ 飲まない

9 タバコは吸いますか？

吸う(1日 _____ 本) ・ やめた(_____ 年前)
・ 吸わない

7 6歳未満の方へ : 現在保育園、幼稚園通園されていますか？

はい(いつから _____) ・ いいえ

10 現在、発熱はありますか？

はい (_____ °C) ・ いいえ

