

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年 月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (才)
お名前					
住 所	(〒 —)			15才以下の方へ 体重 (kg)	
電話番号	— —	携帯番号	— —		

① 本日はどのような症状で来院されましたか？（下記の項目の部位に○印を付けてください）

耳（右・左・両方）	痛い かゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り 耳あか 耳がふさがる
鼻（右・左・両方）	鼻づまり 鼻水 くしゃみ 味やニオイがわからない 鼻血 他（ ）
のど	せき たん 痛い のどがつまる 舌口の荒れ 声のかすれ 他（ ）
その他	めまい 首の腫れ 顔のゆがみ 異物（耳・鼻・のど） 熱（ ℃） 他の症状（ ）

② その症状はいつからですか？（ ）

③ その症状について以前に他の病・医院で治療を受けられたことがありますか？
 ない ・ ある（病・医院名 薬の名前 ）

④ 現在、服用しているお薬は（お薬手帳をお持ちの方はご提示ください）
 []

⑤ 今までにかかった病気（治療中の病気）があれば○印をつけて下さい
 ぜん息 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 胸部疾患 糖尿病 前立腺疾患
 緑内障 その他（ ）

⑥ 注射・飲み薬・食べ物アレルギーで気分が悪くなったり発疹（じんましん）がでたりショック
 を起こしたことがありますか？
 ない ・ ある

痛み止め（熱さまし） ペニシリン ピリン系剤 卵 牛乳
 その他（ ）

⑦ （女性の方へ）妊娠中ですか？ いいえ ・ はい（ ヶ月） ・ わからない
 授乳中ですか？ いいえ ・ はい

⑧ 診療明細書の発行を希望されますか？ はい ・ いいえ