

No :

ID :

問診票

〒 : _____ 電話番号 _____

住所 : _____

ふりがな _____

氏名 : _____ (男 ・ 女)

生年月日 :

M	T								
S	H	年	月	日	年齢	:	_____	歳	

(女性のみ 妊娠中 ・ 授乳中) (小児のみ 体重 : _____ kg)

◇ 本日はどのような症状でお困りですか

【 いつから 】

 [] 日前 [] 週間前 [] ヶ月前 [] 年前

【 どこが 】

 みみ はな のど せき 声がれ めまい 花粉症 その他

【 どのような症状 】

[_____]

* 以前にも同じような症状でお困りになったことがありますか (ある ・ ない)

『 ある 』と答えた方・・・ わかれば診断名・治療内容 (_____)

◇ 本日熱はありますか (はい _____ 度 ・ いいえ)

◇ 花粉症や薬物・食物アレルギーはありますか？

 花粉症 (ある ・ ない) 薬物・食物 (ある ・ ない) 薬物・食物名 (_____)

◇ タバコは吸いますか

 吸う (本/日くらい) 吸わない

◇ お酒は飲みますか

 毎日飲む (mlくらい) 機会飲酒 飲まない

◇ <既往歴> 下記の病気にかかったことはありますか

<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 肝炎	

* その他に大きな病気・手術の経験はありますか (ある ・ ない)

『 ある 』と答えた方・・・ わかれば病名・治療内容 (_____)

◇ <常用薬> 今現在、使用(服用)しているお薬はありますか (わかれば薬品名をお書きください)

[_____]

ご記入が済みましたら、受付にお出しください。ご協力ありがとうございました。