

## ＜問診表＞

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)  
 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 年齢 才 (小児のみ体重 kg)

※下記問診内容では、該当する□にレ点でチェックをお願いいたします。

◇本日はどのような症状でお困りですか

【いつから】 □急に □本日～ □昨日～ □2.3日前～ □4.5日前～ □1週間前～  
 □2.3週間前～ □1ヵ月前～ □2.3ヵ月前～ □半年前～ □1年前～ □数年前～

○ 【どこが】 □両耳 □右耳 □左耳 □両鼻 □右鼻 □左鼻  
 □のど □舌 □頭 □顔 □首 □その他 ( \_\_\_\_\_ )

【症状】 □痛い □腫れている □かゆい  
 (みみ) □めまい □耳鳴り □難聴 □耳がこもる □耳だれ □耳垢  
 (はな) □花粉症 □くしゃみ □鼻汁 □鼻閉 □膿性鼻汁 □後鼻漏  
 (のど) □咳 □痰 □声がれ □違和感 □異物  
 □その他 ( \_\_\_\_\_ )

◇本日、熱はありますか □はい \_\_\_\_\_ 度 ・ □いいえ

◇＜既往歴＞下記の病気にかかれたことはありますか

○ □花粉症 □気管支喘息 □アトピー性皮膚炎 □てんかん □糖尿病 □高血圧  
 □緑内障 □前立腺肥大 □脳梗塞 □不整脈 □胃潰瘍 □肝炎  
 □薬物・食物アレルギー (薬物・食物名: \_\_\_\_\_)

※その他、大きな病気や手術の経験はありますか □はい ・ □いいえ

「はい」とお答えの方…わかる範囲内で、病名・治療 ( \_\_\_\_\_ )

アレルギー検査を希望されますか □はい □相談したい □いいえ

◇＜常用薬＞現在、服用中（使用中）のお薬がありましたら、お知らせください。

[ \_\_\_\_\_ ]

◇＜喫煙・飲酒＞タバコを □吸う・□吸わない お酒を □毎日飲む・□機会飲酒・□飲まない

◇女性の方のみお知らせください 現在、□妊娠中 ( \_\_\_\_\_ 週) ・ □授乳中

◇ 当院をどちらでお知りになりましたか？

□知人/家族からの紹介 □薬局からの紹介 □電話帳  
 □バス広告/タウン誌 □ホームページ/iタウンページ