

## 問 診 票

ふりがな \_\_\_\_\_

明・昭

大・平

年 月 日生 (年齢 歳)

名 前

男・女

15歳以下のお子様 (体重 kg)

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

携帯

## 1. 当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)

①近所・通り掛り ②家族・知人からの紹介 ③職場が近い ④チラシ ⑤ホームページ ⑦その他

( )

## 2. 熱はありますか？

なし・あり ( ) °C

## 3. 本日はどのような症状で受診されましたか？

耳の症状	【どちらの耳ですか 右耳 左耳 両耳】 耳が痛い 耳だれがでる 耳がかゆい 聞こえが悪い 耳鳴りがする 耳が塞がった感じがする 耳あか・耳掃除希望 めまいがする (ぐるぐる ふわふわ)
鼻の症状	花粉症 鼻水がでる (水のように ねばい 膿のように) 鼻がつまる くしゃみがでる 鼻血がでる (右 左 両方) いびきをかく 睡眠時無呼吸症候群 鼻が痛い ほほが痛い (右 左 両方) においがわからない
のどの症状	のどが痛い のどになにか何かある感じ のみこみにくい 声がかれる 息が苦しい 口内炎ができた 舌が痛い 咳がでる たんがでる 味がわからない
くびの症状	くびが腫れている グリグリが触れる 甲状腺が腫れている
その他	

## 4. その症状はいつごろからですか？

( ) から

## 5. 今回の症状で他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ・はい (いつ:

どこの病院:

(お薬の名前:

## 6. 今までにかかった病気があれば、教えてください。

ぜんそく 小児ぜんそく ひきつけ 熱性けいれん アレルギー性鼻炎 花粉症

アトピー性皮膚炎 食物アレルギー ( )

胃潰瘍 肝臓病 高血圧 心臓病

糖尿病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 その他 ( )

## 7. 普段から飲んでいるお薬があれば教えてください。

( )

## 8. 今までに薬や注射や麻酔などで体に異常がおきたことはありますか？

ない・ある 何の薬ですか？ ( )

どんな症状がありましたか？ (発疹 気分不良 嘔吐 ショック その他: )

## 9. 抗生剤の内服で下痢しますか？

いいえ はい (お薬の名前: )

## 10. お薬の種類についてご希望がありましたら記入してください。

錠剤 粉末 シロップ その他 ( )

## 11. 保育園や幼稚園に通っていますか？

いいえ 保育園に通っている 幼稚園に通っている

## 12. タバコは？

現在吸っている (1日 本 年間) 吸わない 以前は吸っていた (1日 本 年間)

## 13. 女性の方への質問です。

●現在妊娠していますか？またはその可能性がありますか？

●現在授乳中ですか？

いいえ はい ( 週間)

いいえ はい ( ヶ月)