

フリガナ

日付_____

お名前_____ 年齢_____歳 中学生以下のみ体重_____kg

住 所_____

電 話 _____ - _____ 生年月日 M・T・S・H _____年 _____月 _____日

問 診 票

下記の該当する箇所に○印または必要な事項を書き込んでください。

分からないところは記入しなくてもかまいません。

- ① 今回の受診の理由となった具合の悪いところはどこですか？
耳（右／左／両）・鼻・のど・その他（ _____ ）
- ② どういう風に具合が悪いのですか？
〔 _____ 〕
- ③ それはいつから始まりましたか？
（ _____ から）
- ④ このために治療を受けていましたか？
（はい・いいえ）・・・（はい）の場合いつごろ（ _____ ）
どこで（ _____ ）
- ⑤ 現在飲んでいる薬がありますか？
（はい・いいえ）・・・薬品名（ _____ ）
（ _____ ）
- ⑥ これまでに体に合わなかった薬がありましたか？
（はい・いいえ）・・・薬品名（ _____ ）
どのように合わなかったですか？（ _____ ）
- ⑦ これまでにした病気に○印、今もある病気に◎印をつけてください。
胃十二指腸潰瘍 糖尿病 高血圧 心臓病 肝炎 喘息
アトピー 卵アレルギー その他（ _____ ）
- ⑧ 女性の方のみご記入をお願いします。
現在妊娠されていますか？（はい・いいえ）
授乳中ですか？（はい・いいえ）
- ⑨ タバコ 一日 _____ 本× _____ 年間（ _____ 年前にやめた）
- ⑩ お酒（ビール・焼酎・日本酒・他）（_____ 本・合）（毎晩・週 2~3 回・時々）
- ⑪ その他、何か伝えておきたいことがあれば記入してください。