

問 診 票

スタッフ記入欄

受診月日	
I D	

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男	大正・昭和・平成・令和
		女	年 月 日 (才)
住所・電話番号			
☎ お持ちの方は必須→ 携帯			

今一番困るところはどこですか	それはいつから、どのような症状ですか
<ul style="list-style-type: none"> ・両耳 ・右耳 ・鼻 ・めまい ・風邪症状 ・左耳 ・のど ・異物 ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・いつから 今日から () 日前から () ヶ月前から () 年前から ・どのような症状 耳の症状：耳が痛い 耳だれがでる 耳がかゆい 聞こえが悪い 耳がふさがった感じがする 耳鳴りがする めまいがする 鼻の症状：鼻水(透明 白 黄色 緑) 鼻がつまる くしゃみ 鼻血がでる(右 左 両方) いびき においがわからない 鼻が痛い ほほが痛い(右 左 両方) のどの症状：のどが痛い のどに何かある感じのみこみにくい 声がかれる 口内炎ができた 舌が痛い 咳が出る たんが出る 味がわからない 全身症状：体がだるい 気分がわるい 夜中に息が止まる 頭が痛い 頭が重い 吐き気がする 目のかゆみ 禁煙希望 その他：
上咽頭擦過療法を希望	
漢方治療を希望	
採血によるアレルギー検査を希望	
体重 k g	
[15歳以下のお子様は必ずご記入下さい。]	発熱あり： 日 °C

■今までにかかった病気はありますか		■カフェイン飲料
<ul style="list-style-type: none"> ・特になし ・心臓病 ・腎臓病 ・高血圧 ・その他 ・(ペースメーカー) ・肝臓病 ・糖尿病 	<ul style="list-style-type: none"> ・体内にポルトなど金属が入っている ・現在妊娠中である(週) ・現在授乳中である 	<ul style="list-style-type: none"> コーヒー 杯/日 紅茶 杯/日 緑茶 杯/日

■薬や食べ物のアレルギーはありますか	■たばこは吸いますか	■お酒はのみますか
(例：ペニシリンで皮フが赤くなる) いいえ・はい	(例：1日15本×20年)	(例：ビール500ml×2本/日)

■現在飲んでいる薬をお知らせください。(お薬手帳をお見せくださればこちらで記入します。)

・他院でもらった短期の薬(病院名：) 日 日 日 日 日 日 日 日	・他院でもらった長期の薬(病院名：)
--	---------------------

更に追加して記載することがあれば、こちらにご記入下さい。