

# 再来 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 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 才)

住所・電話番号（変更のない場合省略可）

〒 -

☎ - -

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、どういった症状でしたか
<ul style="list-style-type: none"> <li>両耳</li> <li>右耳</li> <li>鼻</li> <li>めまい</li> <li>風邪症状</li> <li>左耳</li> <li>のど</li> <li>異物</li> <li>その他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いつから 今日から ( ) 日前から ( ) ケ月前から ( ) 年前から</li> <li>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</li> <li>その他 ( )</li> <li>発熱あり： 日 ℃</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>採血によるアレルギー検査を希望</li> </ul>	
体重 kg [15歳以下のお子様は 必ずご記入ください]	

■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"> <li>特になし</li> <li>心臓病</li> <li>腎臓病</li> <li>高血圧</li> <li>その他</li> <li>(ペースメーカー)</li> <li>肝臓病</li> <li>糖尿病</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体内にボルトなど金属が入っている</li> <li>現在妊娠中である ( 週)</li> <li>現在授乳中である</li> </ul>
	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：牛乳で下痢をする) 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	
<ul style="list-style-type: none"> <li>他院でもらった短期の薬（病院名： ) 日から 日までの 日分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>他院でもらった長期の薬（病院名： )</li> </ul>

\* お薬手帳をお見せくださればこちらで記入します。