

ID \_\_\_\_\_

# 問 診 票

日付 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_ ご自宅 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名: \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日: <sup>T H</sup><sub>S R</sub> 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

(小児のみ 体重: \_\_\_\_\_ kg) (通園している方は ○ をおつけ下さい 保育園・幼稚園)

◆本日はどのような症状でお困りですか

【いつから】

[ ] 日前  [ ] 週間前  [ ] ヶ月前  [ ] 年前

【どこが】

右みみ  左みみ  はな  のど  声  めまい  その他 ( )

【どのような症状】

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

※以前にも同じような症状でお困りになったことがありますか (ある・ない)

『ある』と答えた方・・・わかれば診断名・治療内容 ( )

◆本日熱はありますか? はい \_\_\_\_\_ 度 いつからですか? \_\_\_\_\_ 日 時頃から \_\_\_\_\_ 度

いいえ

◆女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい: 現在妊娠何ヶ月ですか? 【 \_\_\_\_\_ ヶ月: 予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日】 ・いいえ)

授乳中ですか (はい: 授乳しているお子様の年齢は? 【 \_\_\_\_\_ 歳】 ・いいえ)

◆今までに薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。(はい・いいえ)

『はい』と答えた方・・・わかれば薬剤名・食べ物の名前 ( )

◆下記の病気にかかったことはありますか

糖尿病  喘息  高血圧  脳梗塞  胃潰瘍  アトピー性皮膚炎

緑内障  肝炎  不整脈  熱性けいれん  前立腺肥大

※その他に通院中の病気・手術の経験はありますか (ある・ない)

『ある』と答えた方・・・わかれば病名・治療内容 ( )

手術をした年齢 ( \_\_\_\_\_ 歳)

◆今現在、使用(服用)しているお薬がありましたらご記入ください(お薬手帳をお持ちでしたらお預かりします)

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

◆タバコは吸いますか

吸わない  吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本くらい)。