

～ 問 診 票 ～

★は必ずご記入下さい。

〒 _____ 電話番号： (_____) _____

住所： _____

ふりがな

氏名： _____ (男 ・ 女)

生年月日： 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

◇★ **体 重** _____ kg (中学生以下の方)

①★いつから悪くなりましたか？ (_____)

② 現在、熱はありますか？ (平熱 _____ [_____] 度)

③★服用中の薬名：(常用薬は□で囲んで下さい)
(_____)

④ お困りの症状に○をつけてください。

耳			
(右耳 ・ 左耳 ・ 両耳)			
痛い		かゆい	
耳だれ		つまった感じ	
めまい		声が耳に響く	
耳あか		聞こえが悪い	
耳鳴り			
その他 (_____)			

鼻			
鼻づまり		くしゃみ	
水鼻水		黄色い鼻水	
痛い		かゆい	
鼻血がでる		いびきをかく	
鼻水がのどにくだる			
においがわからない			
その他 (_____)			

のど			
痛い		せき	
たん		声がれ	
口内炎		つまった感じ	
のどに骨がささった			
ものがうまく飲み込めない			
その他 (_____)			

頭痛		下痢	
腹痛		吐き気・嘔吐	
眼がかゆい		花粉症 現在症状無し	

⑤★妊娠の可能性・妊娠はありますか？(女性の方)

妊娠あり(_____ ヶ月)	妊娠なし		
可能性有り		現在授乳中	

⑥★薬のアレルギーはありますか？

(あり ・ なし)			
かぜ薬		痛み止め	
ペニシリン		他の抗生物質	
ますいの注射		ホルモン剤	
その他 (_____)			

⑦ 今までかかった病気はありますか？

高血圧		アトピー性皮膚炎	
腎炎		気管支ぜんそく	
糖尿病		胃潰瘍	
結核		緑内障	
A・B・C型肝炎		狭心症・心筋梗塞	
その他 (_____)			

⑧ 今までかかった病気はありますか？(お子様)

はしか		おたふくかぜ	
中耳炎		じんましん	
川崎病		水ぼうそう	
肺炎		熱性けいれん	
ずいまく炎		喘息様気管支炎	
その他 (_____)			

⑨ 今まで手術を受けた事はありますか？

ちくのう症		扁桃腺アデノイド	
中耳炎		鼓膜切開	
その他 (_____)			

⑩ タバコは吸われますか？

(はい ・ いいえ)	
(_____) 年間	一日 (_____) 本