

問診票

平成 年 月 日

(ふりがな)

おなまえ

男 / 女

電話番号 ()

携帯番号 ()

(〒 -)

M T

住所

生年月日 S H 年 月 日 歳

以下のあてはまる項目の□にレ点をつけてください。

お子様のみ体重 kg

① みみ (みぎ・ひだり) かゆい いたい 耳だれ きこえにくい 耳鳴り つまった感じ よく触る② めまい くるくる回る ユラユラゆれる きこえにくい 耳鳴りがする 頭や身体の動きに合わせてまわる 手足のしびれや麻痺③ はな つまる 鼻水 (透明・黄色・粘稠) くしゃみ かゆい においがしない 鼻血 頭痛・頭重感 鼻水がのどに降りる④ のど いたい 飲み込みにくい 息がしにくい 声がかれる 味覚がおかしい 舌がいたい のどに違和感(異物感)を感じる せき たん⑤ その他 目のかゆみ 吐き気 熱がある (°C) 腫れ物がある (場所:) いびき・無呼吸

⑥ 上記以外 ()

⑦ 上記症状はいつからありましたか？

 昨日から () 日前から () ヶ月前から () 年前から

⑧ お薬アレルギーがありますか。 (ない・ある ⇒ 薬剤名:)

⑨ 食物でじんましんが出たことはありますか (ない・ある ⇒)

⑩ 医師よりアレルギー体質と言われたことはありますか
(ない・ある ⇒)

⑪ 次の病気はありますか？ 糖尿病・高血圧・肝臓病・心臓病・脳梗塞・喘息・緑内障

⑫ 喫煙 (ない・ある 本/日 × 年) ⑬ 飲酒 (本/日) を (本/日)

⑭ 以前に大きな病気をされましたか (ない・ある ⇒)

⑮ 治療中の病気がありますか (ない・ある ⇒)

⑯ 内服中のお薬を教えてください (薬剤名:)

⑰ (女性の患者様へ) 妊娠の可能性はありますか (ない・ある 週)

⑱ (女性の患者様へ) 授乳中ですか (はい・いいえ)