

この問診票は、患者さんの病状を知り、診察を円滑にすすめるうえで大切なものとなります。出来るだけ、詳しく具体的に記入して下さい。 記入日 月 日

フリガナ	大・昭・平・令 年 月 日 歳	男	現在の体温 °C
氏名		女	
住所〒	—	電話番号 ()	
		携帯番号	

* 12歳未満のお子様は、必ずご記入下さい 体重 () kg

飲めるお薬の形状は？ 全てOK ・ 錠剤 ・ カプセル ・ 粉 ・ シロップ

当てはまるものに、○をつけて下さい

1、ぐあいの悪いところはどこですか？

耳（右 左 両側） 耳鳴り きこえにくい めまい 鼻 のど せき 声 くび
その他 []

2、発熱は？ なし ・ あったが下がった ・ ある (°C)
今日から ・ 昨日から ・ () 日前から

3、今一番つらい症状はなんですか？ []

4、いつ頃から症状は出ましたか？ []

5、この症状について、今まで治療を受けましたか？

受けていない ・ 受けた () 病院で () 月 () 日より治療を受けた

6、今までに、大きな病気・入院・手術や、治療中の病気はありますか？

高血圧 心臓病 糖尿病 喘息 高脂血症 緑内障 肝臓病 腎臓病 前立腺 骨粗鬆症

その他 []

7、現在、内服しているお薬はありますか？

なし ・ ある []

*** おくすり手帳や、内服中のお薬がある方は、診察前に受付へお伝え下さい**

8、嗜好品について

飲酒： 飲まない ・ 飲む（時々・毎日） 1日に飲む量ビール _____cc・焼酎 _____合・日本酒 _____合

タバコ： 吸わない ・ 吸っていたがやめた ・ 吸う (本/日) × (年間)

9、薬や注射、食品などのアレルギー、特異体質はありますか？

ない ・ ある []

10、（女性の方へ） 現在妊娠・授乳はしていますか？

妊娠： していない ・ している (ヶ月) 授乳： していない ・ している (子供 才)

11、その他の症状、診察を受けるにあたってのご希望がございましたら、記入して下さい

[]