

問 診 表

平成 年 月 日

フリガナ

名前 _____

性別 男 ・ 女 _____

〒

住所 _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C (37°C以上ある場合に記入)

■今日はどうかさいましたか。該当する所へ○印をつけ、ご記入下さい。

いつ頃から どちら側 症状

※ 耳 : [_____] [_____] [痛い・かゆい・聞こえが悪い・ふさがった感じ・耳鳴り
その他 (_____)]

※ 鼻 : [_____] [_____] [つまる・鼻汁・出血・匂いがしない・くしゃみ
その他 (_____)]

※ のど : [_____] [_____] [痛い・せき・食べ物がつかえる・いがらっぽい・口が渇く
その他 (_____)]

※ 睡眠時: [呼吸が止まると言われる・いびきをかく
その他 (_____)]

※ その他 : [_____]

■該当するものに○印をつけて下さい。

・ 記入した症状は他の医療機関で治療したことがありますか。 いいえ ・ はい(医療機関名 _____)

・ 現在、服用している薬はありますか。 いいえ ・ はい(薬名 _____)

・ 今日はお薬手帳をお持ちですか。 いいえ ・ はい

・ 下記の病気になったことがありますか、または治療中のものはありますか。

いいえ ・ はい (該当する病気に○印をつけて下さい)

【 花粉症 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 前立腺 ・ 胆石 】

他に手術や病気をしたことがありますか。 いいえ ・ はい(病名 _____)

・ 歯科治療などの麻酔で具合が悪くなったことはありますか。 いいえ ・ はい(原因 _____)

・ 薬や食べ物で発疹や具合が悪くなったことがありますか。 いいえ ・ はい(何で _____)

・ たばこは吸いますか。 いいえ ・ はい (1日 _____ 本くらい) ・ 吸っていたがやめた

【女性の方へ】

・ 現在、授乳中ですか。 いいえ ・ はい (生後 _____ カ月)

・ 現在、妊娠中ですか。 いいえ ・ はい (_____ カ月)

・ 現在妊娠の可能性はありますか。 いいえ ・ はい

(以下は、初めて来院された方のみご記入ください。)

■当院に来院されたきっかけをお知らせください。(○はいくつでも)

- | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1. インターネットで見つけた | 2. 家族や知人が通っていた | 3. 他の医療機関からの紹介 |
| 4. 近くを通りかかって知っていた | 5. バスのアナウンス広告を聞いた | 6. 地域紙・タウンページ等を見た |
| 7. その他 (_____) | | |