問 診 表

令和　　年　　月　　日

フリガナ
名前　　性別　男 ・ 女

生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生　　歳

身長　　㎝　体重　　kg　体温　　℃（37℃以上ある場合に記入）

■今日はどうなさいましたか。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　　ヵ月）

・現在、妊娠中ですか。　いいえ ・ はい（　　ヵ月）

・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（　　）		