

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな

生年月日 大・昭・平・令  
\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

氏名 \_\_\_\_\_

年令 ( 才)

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

体重 ( kg)

携帯番号 \_\_\_\_\_

1. 今日はどこが悪くて受診されましたか。

耳 (右・左) ・ 鼻 (右・左) ・ のど ・ くび ・ めまい ・ その他 ( )

2. いつ頃からどのような症状がありますか。

体温 ( °C)

いつ頃から \_\_\_\_\_

症状 \_\_\_\_\_

3. 現在、他の病院 (医院) に通院されていますか。 ( はい ・ いいえ )

いつ頃から \_\_\_\_\_

どんな病気 \_\_\_\_\_

もらっている薬を書いて下さい \_\_\_\_\_

4. 次の病気にかかったことがある方は、○印をつけて下さい

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血

気管支喘息 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 結核 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障

5. 薬を飲んで、じんましん、下痢等の副作用がでたことがありますか。

(はい・いいえ)

薬剤名 \_\_\_\_\_

6. 下記に該当する方は○印をしてください

妊娠中

妊娠していない

妊娠の可能性あり

授乳中

医療法人 かつらはら耳鼻咽喉科