

診察申込書 (問診票)

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		性別	生年月日
		男 ・ 女	明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 -		電話番号 ( )
			携帯番号 ( )

体重 kg ・ 体温 度

今日はいつごろから、どの様な症状で受診されましたか？ 左右も忘れずお書きください。

他に気になる症状を○で囲んで下さい

【みみ】	【はな】	【口、のど】	【くび】	【その他】
・耳あかをとってほしい	・花粉症	・痛み	・痛み	・めまい
・痛みがある 右・左	・くしゃみ	・せき	・できもの	・吐き気
・耳だれ 右・左	・鼻みず	・たん	その他	・頭痛
・耳なり 右・左	・鼻づまり	・声がすれ	[ ]	・ふらつき
どんな音ですか？ [ ]	・鼻血	・つまった感じ		・目のかゆみ
・かゆみ 右・左	・いびき	・できもの		・無呼吸
・ふさがった感じ 右・左	・できもの	・味がしない		
・聞こえにくい 右・左	・においがしない	・かわき		
・その他 [ ]	・その他	・その他		

子供さんの飲める薬の形態はどうですか？ シロップ可、粉末可、錠剤可

現在飲んでいる薬をお書きください

薬、食事でアレルギーを起こしたことがありますか？ ある ない

原因となった薬、食べ物をお書きください ( )

治療中の病気はありますか？

糖尿病 ・ 胃 十二指腸潰瘍 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 喘息 ・ 前立腺肥大症

緑内障 ・ 白内障 ・ 高脂血症 ・ 脳梗塞 ・ 肝炎 ・ その他 ( )

今までに受けた手術 手術名 いつ頃

タバコ 本/日 飲酒 /日

女性の方はお答えください

現在、妊娠していますか？ はい ・ いいえ はいの方 ( ) ヶ月

現在授乳中ですか はい ・ いいえ

当院をどの様にしてお知りになりましたか

知人の紹介、 家族が通っている、 看板を見て、 ホームページ (パソコン、携帯)

タウンページを見て、 家から近い、 通りがかり、 職場が近いから