問診表

フリガナ
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号 ＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

住所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

性別　男・女　　生年月日　明・大・昭・平　年　月　日生　（　）歳

＊お子様の場合は体重を書いて下さい　＿＿＿＿kg

(1)　どうなさいましたか？

1. 耳（左・右）　耳が痛い　・　耳だれ　・　耳あか・聞こえにくい　・　耳がつまった感じ
　耳鳴り　・　めまい
2. 鼻　鼻がつまる　・　鼻汁が出る（水様・黄・青）
　くしゃみ　・　鼻血
3. のど　のどが痛い　・　声が（かれる・出ない）
　（せき・たん）が出る　・　のどがつまった感じ
4. その他　（　　）

(2)　いつ頃から、その症状がありますか？

(3)　今までにかかったことがある病気・アレルギーに〇印を付けて下さい。

1. ある　→　心臓病　・　脳梗塞　・　脳出血　・　胃腸病　・　肝臓病
　糖尿病　・　アトピー性皮膚炎　・　その他（　　）
2. ない

☆☆☆　卵アレルギーをお持ちでしょうか？　→　1. ある　2. ない　☆☆☆

(4)　今までに、のみ薬や注射でアレルギー症状（発疹や具合が悪くなったこと）はありますか？

1. ある　→　あると答えた方は、何の薬（薬名：　　）で、
　どのような症状でしたか？　：発疹・むくみ・下痢・意識を失う・
2. ない　：その他（　　）

(5)　妊娠中・授乳中の方は、記入して下さい。

1. 妊娠中　：　約（　　）ヶ月
2. 授乳中ですか？　：　はい　・　いいえ

(6)　当院をお知りになったきっかけは？数字に〇印を付けて下さい。

1. ご家族からのご紹介・家族が通院していた
2. 友人・知人からのご紹介・くちコミ（ご友人：　　様）
3. 近所・通りがかり
4. 医院の前の看板を見て
5. 道路上の看板を見て
6. 電話帳・タウンページを見て
7. ホームページを見て
8. その他（　　）

(7)　現在服用されているお薬がありましたらお答え下さい。(薬名：　　)

お薬手帳がございましたらこの問診表とともにお出し下さい。

◎ご記入おつかれさまでした◎