

# 問診票

\*問診は大事な診療の一部です。必ずご記入ください。

ふりがな \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg (お子様は必ず体重を記入下さい)

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月) 電話番号 (携帯) \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

◆本日の相談内容に○を付けてください。

いつから ( \_\_\_\_\_ ) 前から

耳 (右・左)	・聞こえにくい ・痛い ・かゆい ・耳あか ・めまい ・耳から汁が出る ・ふさがった感じ ・耳鳴り ・その他 ( _____ )
鼻	・鼻づまり ・鼻水 (水っぱな、ねばねば) ・くしゃみ ・頬が痛い (右・左) ・鼻水がのどに落ちてくる ・鼻が臭い ・鼻血 (右・左) ・臭いがしない ・アレルギー性鼻炎 (花粉症・1年中) ・かゆみ (目・鼻・他) ・その他 ( _____ )
口・のど 舌・首	・痛い ・タン ・咳 ・声がかれる ・声が出にくい ・飲み込みにくい ・のどの違和感 ・いびき ・睡眠時無呼吸 ・味がしない ・腫れ (のど・首) ・呼吸が苦しい ・その他 ( _____ )
その他	・頭痛 ・発熱 ( _____ °C) ・吐き気 ・腹痛 ・下痢 ・その他 ( _____ )

◆今回その症状でほかの病院を受診、もしくは内服したことがありますか？

いいえ・はい (医療機関名 \_\_\_\_\_ 薬名 \_\_\_\_\_ )

お薬手帳持参 (あり・なし) \*手帳をご提出の方は薬名記載不要です。

◆現在治療中の病気は有りますか？ありましたらご記入ください。

いいえ・はい (服用中の薬 \_\_\_\_\_ )

◆薬の形態で希望はありますか？

(粉・錠剤・シロップ・いずれでも可能)

◆お子様の解熱剤の希望に関して

(座薬・粉・錠剤・できるだけ解熱剤は使用したくない)

◆薬の飲み方で希望はありますか？

(毎食後内服可・昼は内服できない・その他 \_\_\_\_\_ )

◆薬にアレルギーは有りますか？ (気分不良や発疹など)

いいえ・はい (具体的に \_\_\_\_\_ )

◆女性の方 妊娠中または授乳中ですか？ いいえ・はい

妊娠中の場合は妊娠何か月ですか？ (妊娠 \_\_\_\_\_ カ月)

◆その他 (セカンドオピニオン、単シロップ剤希望など)

( \_\_\_\_\_ )

◆当院をどこでお知りになりましたか？ (知人・看板・ネット・その他)