

問 診 票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ		性 別	体 重	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	kg	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生 () 才
住 所	〒 ー			
電話番号	() ー			

1. 今日は、どのような症状がありますか？（○で囲んでください）

- ・発熱 ()°C
- ・のどの痛み
- ・せき
- ・たん
- ・声枯れ
- ・頭痛
- ・下痢
- ・鼻水
- ・鼻づまり
- ・鼻血
- ・くしゃみ
- ・眼のかゆみ
- ・めまい
- ・耳の痛み (右・左)
- ・耳だれ (右・左)
- ・耳のかゆみ (右・左)
- ・難聴 (右・左)
- ・耳鳴り (右・左)
- ・耳のつまり (右・左)
- その他 ()

2. いつ頃から症状がありますか？

()

3. 現在、服用中のお薬はありますか？

- ・はい (病院名)
(薬の名前・内容)
- ・いいえ

4. 合わないお薬や、食べ物がありますか？

- ・はい ()
- ・いいえ

5. アレルギーがあるとされたことがありますか？

- ・はい ()
- ・いいえ

6. 女性の方にお尋ねします。現在、妊娠または授乳をしていますか？

- 妊娠
- ・していない
- ・している (月)
- ・わからない
- 授乳
- ・していない
- ・している (月の赤ちゃんに)

7. 診療明細領収書は必要ですか？

- ・必要
- ・不要