

# 問診票

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 様 ( 男 ・ 女 )

住所 〒 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ M ・ T ・ S ・ H ・ R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話番号 (携帯) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. いつからの症状ですか。 \_\_\_\_\_

2. どの様な症状ですか。

耳 : \_\_\_\_\_

鼻 : \_\_\_\_\_

のど : \_\_\_\_\_

その他 : \_\_\_\_\_

3. 注射や内服薬で体調が悪くなったことや薬疹等が出た事がありますか。

ない

ある ( 痛み止め かぜ薬 熱さまし ペニシリン等の抗生剤 )

お薬の名前 ( )

4. 現在かかっている、または以前かかった事のある病気はありますか。

高血圧 糖尿病 緑内障 前立腺肥大症 肝臓病 (B型肝炎・C型肝炎・その他)

熱性けいれん ぜんそく じんましん 胃十二指腸潰瘍 心臓病 てんかん

その他 ( )

5. 女性の方のみにお伺いします。

現在、妊娠中または授乳中ですか。

1. 妊娠中 ( カ月) 2. 妊娠の疑い 3. 授乳中 4. なし

6. 現在服用されている薬をお書き下さい。又はお薬手帳をお出し下さい。

( )

7. その他、何かありましたらお書き下さい。

( )

No. \_\_\_\_\_