

<問診表>

住所 〒 _____

電話番号 _____

ふりがな _____

氏名 _____

(男・女)

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 年齢: 才 (小児のみ 体重 kg)

※下記問診内容では、該当する□にレ点でチェックをお願いいたします。

◇本日はどのような症状でお困りですか

【いつから】 急に 本日～ 昨日～ 2.3日前～ 4.5日前～ 1週間前～2.3週間前～1ヵ月前～ 2.3ヵ月前～ 半年前～ 1年前～ 数年前～【どこが】 両耳 右耳 左耳 両鼻 右鼻 左鼻のど 舌 頭 顔 首 その他 (_____)【症状】 痛い 腫れている かゆい(みみ) めまい 耳鳴り 難聴 耳がこもる耳だれ 耳垢(はな) 花粉症 くしゃみ 鼻汁 鼻閉 膿性鼻汁 後鼻漏(のど) 咳 痰 声がれ 違和感 異物その他 (_____)◇本日、熱はありますか はい _____ 度 ・ いいえ

◇<既往歴>下記の病気にかかれたことはありますか

花粉症 気管支喘息 アトピー性皮膚炎てんかん 糖尿病 高血圧緑内障 前立腺肥大 脳梗塞 不整脈 胃潰瘍 肝炎薬物・食物アレルギー (薬物・食物名: _____)※その他、大きな病気や手術の経験はありますか はい ・ いいえ

「はい」とお答えの方…わかる範囲内で、病名・治療 (_____)

アレルギー検査を希望されますか はい 相談したい いいえ

◇<常用薬>現在、服用中(使用中)のお薬がありましたら、お知らせください。

[_____]

◇<喫煙・飲酒>タバコを 吸う・吸わない お酒を 毎日飲む・機会飲酒・飲まない◇女性の方のみお知らせください 現在、妊娠中 (_____ 週) ・ 授乳中

◇ 当院をどうでお知りになりましたか?

知人/家族からの紹介 薬局からの紹介 電話帳バス広告/タウン誌 ホームページ/iタウンページ

ご記入が済みましたら、受付にご提出ください。ご協力ありがとうございました。