

問診票

令和 年 月 日

フリガナ			ご職業			
氏名			性別	男・女	体重	kg
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	歳	ヶ月
住所	〒 -					
電話番号	携帯		自宅			

1. 当院をお知りになったきっかけを教えてください

- 知人(氏名 _____)さんからの紹介
 窓の張り紙を見て
 当院ホームページ
 駅の看板
 ポストのチラシ
 以前に院長の診察を受けていた
 その他(_____)

2. 本日はどうなさいましたか？

- 耳 … 聞こえにくい(右 / 左 / 両)
 耳鳴り(右 / 左 / 両)
 耳垢(耳掃除)
 補聴器相談
 耳がかゆい(右 / 左 / 両)
 耳が痛い(右 / 左 / 両)
 耳だれ(右 / 左 / 両)
 鼻 … 花粉症
 鼻水
 鼻づまり
 くしゃみ
 鼻血(右 / 左 / 両)
 においがしない
 喉 … 喉が痛い
 声がかれる
 咳が出る
 飲み込みにくい
 痰が絡む
 口内炎
 味がしない
 喉がつまる(違和感がある)
 首が腫れている
 首が痛い
 他 … めまい(ぐるぐる / ふらふら)
 いびき・無呼吸
 頭痛

1週間以内に発熱 なし あり(_____℃、 _____日前) 受診時(_____℃)

その他(_____)

3. いつ頃から症状がありますか？ (_____)

4. 持病はございますか？ なし

- 喘息
 糖尿病
 高血圧
 心臓病
 悪性腫瘍
 腎臓病
 肝臓病
 緑内障
 前立腺肥大
 肥満
 その他(_____)

5. 現在服用中のお薬はありますか？ ※薬手帳、またはお薬の内容が分かるものがあればご提出をお願いします

- なし あり(_____)

6. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり(_____)

7. 喫煙・飲酒についてお答えください

たばこ 吸わない 吸う(_____ 本/日、喫煙歴 _____ 年)

お酒 飲まない 飲む(_____ 杯/日)

8. 女性の方のみお答えください

現在妊娠されていますか？ いいえ はい(_____ 週) わからない

授乳中ですか？ いいえ はい

9. ご希望の服用形態を教えてください(お子様のみ) 錠剤 粉 シロップ

10. 明細書の発行を希望しますか？ いいえ はい

11. コロナワクチン接種の有無

- 接種していない (_____) 回接種済み

12. 1週間以内に簡易キットや検査施設でコロナの検査をされましたか？

- いいえ はい(_____ 月 _____ 日)に(簡易キット / 検査施設)で検査し、(陽性 / 陰性)