

# 問 診 票

フリガナ		男	体 温	小児の方のみ記入してください			
氏名		女	℃	体重	kg	保育園・幼稚園	過去に熱性けいれん なし・あり ( 歳)
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)			自宅電話	— —		
				携帯電話	— —		
住所	(〒 — )						

1. 今日はどこ具合が悪いですか？ (○をつけて下さい)

みみ [右・左] : 痛い・かゆい・耳だれ・耳あか・耳鳴り・きこえにくい

その他 ( )

はな : はなみず・はなづまり・くしゃみ・はなぢ・においがわからない

その他 ( )

のど : 痛い・せき・たん・声がれ・つまったような感じ

その他 ( )

その他 : 頭痛・はきけ・めまい・下痢・アレルギー検査希望・検診で異常を指摘された

上記以外の症状 ( )

2. 上記の症状はいつからですか？ ( )

3. 上記症状に対して飲んでいるお薬はありますか？

ない       ある     
 
 薬品名 :  
 薬または説明書を持参・市販薬・わからない

4. 現在ほかの病気の治療で服用中のお薬はありますか？

ない       ある     
 
 薬品名 :  
 薬または説明書を持参・市販薬・わからない

5. 薬や麻酔注射でアレルギーやショックをおこしたことはありますか？

ない       ある      (薬品名 : )

6. 今までに次の病気にかかったことがありますか？

喘息・心臓病・腎臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病 (B型・C型・その他)

結核・胃・十二指腸潰瘍・逆流性食道炎・前立腺肥大・緑内障・熱性けいれん

その他 ( )

7. タバコは？                      吸わない                      ・                      吸う (1日                      本)

8. 女性の方のみ：現在、妊娠していたり、その可能性はありますか？

ない      ・       ある      (                      ヶ月)                      授乳中      (1日                      回くらい)