

問 診 票

年 月 日

(フリガナ)

お名前 (男 女) 年齢 歳 体重 kg

〒 - 日中連絡のとれる電話番号
ご住所 Tel(携帯) - -
Tel(自宅) - -

該当する項目に、✓をお願いします

1. どのような症状がありますか？

- 耳が痛い □聞こえにくい □鼻みず □鼻づまり □くしゃみ
□のどが痛い □咳が出る □声が出しにくい □味がわかりにくい
□ニオイがわかりにくい □2週間以内に発熱があった(°C)
□めまい □その他()

症状はいつ頃からですか？

症状・経過をくわしく書いて下さい。

.....
.....
.....
.....

2. 今までにかかったことのある病気はありますか？ □ない

- 高血圧 □糖尿病 □心臓の病気() □腎臓の病気()
□肝臓の病気() □呼吸器の病気() □がん()
□その他()

3. 現在内服中の薬の名前.....

.....

4. 今までに、内服薬・注射などで異常が出たこと(副作用)はありますか？ □ない

- ある⇒薬: □抗生剤 □風邪薬 □鎮痛剤 □ピリン系 □その他()
症状: □じんましん □吐き気・嘔吐 □ショック状態 □その他()

5. 喫煙歴、アルコール歴についてお答え下さい。

- タバコ: □吸わない □吸う(本/日, 年間) □やめた(年前)
アルコール: □飲まない □飲む(種類 量) □やめた(年前)

6. <女性の方へ>現在、妊娠または授乳中ですか？ □いいえ □はい(妊娠 カ月) □授乳中

7. 医師に、希望される事、伝えておきたい事があれば、記入して下さい。

.....
.....