

# 問 診 票

令和 年 月 日

(フリガナ)  
お名前

( 男 女 )

体重 kg

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

年齢 歳

〒 -

ご住所

日中連絡のとれる電話番号

該当する項目に、✓をお願いします

Tel(携帯) - -

Tel(自宅) - -

## 1. どのような症状がありますか？

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 耳が痛い (右・左)           | <input type="checkbox"/> 耳がかゆい (右・左)          | <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (右・左) |
| <input type="checkbox"/> 鼻みず                  | <input type="checkbox"/> 鼻づまり                 | <input type="checkbox"/> くしゃみ         |
| <input type="checkbox"/> 咳が出る                 | <input type="checkbox"/> のどが痛い                | <input type="checkbox"/> 声が出しにくい      |
| <input type="checkbox"/> <u>1週間</u> 以内に発熱があった | <input type="checkbox"/> <u>1カ月</u> 以内に発熱があった | <input type="checkbox"/> 味や臭いがわかりにくい  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )              |   |                                       |

いつ頃から症状がありますか？ .....

症状・経過をくわしく書いてください。 .....

.....

.....

.....

## 2. 今までに、かかったことのある病気はありますか？ ない

- |                                    |                                    |                                     |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧       | <input type="checkbox"/> 糖尿病       | <input type="checkbox"/> 心臓の病気 ( )  |
| <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 ( ) | <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 ( ) | <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 ( ) |
| <input type="checkbox"/> がん ( )    | <input type="checkbox"/> その他 ( )   |                                     |

内服中の薬剤名.....

.....

## 3. 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？

ある  ない

- ↳ 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 ( )

## 4. 喫煙歴、アルコール歴についてお答えください。

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 )

## 5. <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

## 6. 医師に、希望される事、伝えておきたい事があれば、記入してください。

.....