

再診問診票

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日	男・女	体重 kg
住所	電話番号	— — —	職業
症状	鼻水 鼻づまり のど痛い 咳 耳痛 耳だれ めまい 聴こえにくい アレルギー・花粉症		
	いつから	今日 昨日 2,3日前	1週間前 () 頃
前回から変わったこと 新しい病気あり 手術受けた 薬変更あり 妊娠・出産			ない
今までにかかった病気 喘息 糖尿病 心臓の病気 腎臓の病気 肝臓の病気 高血圧 高脂血症 前立腺 がん 免疫疾患 その他 ()			ない
手術	耳・鼻・のどの手術		
現在服用中の薬 アレルギーの薬 睡眠薬 精神科の薬 血をサラサラにする薬 糖尿病の薬 心臓の薬 ステロイド 他院の抗菌薬			ない
今までに薬・注射等で副作用を起こしたことがある 薬剤名			ない
アレルギー 血液検査したことある 花粉・食べ物 薬品			ない ない ない
たばこ	過去に吸っていた 現在吸っている1日()本		
お酒	時々 毎日		
薬で胃が悪くなる		なる	ならない
希望する剤型	粉薬	水薬	錠剤
カプセル			
女性の方	妊娠している 可能性がある 妊娠していない 授乳している 授乳していない		
当院はどこでお知りになりましたか? 知人 インターネット 看板 町内地図 電話帳 近くだから			
その他、医師に話をしておきたいこと			