

## 再診問診票

ふりがな		生年月日		男・女	体重
氏名		年 月 日		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					ない
新しい病気あり 手術受けた 薬変更あり 妊娠・出産					
今までにかかった病気					ない
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 ( )					
手術 耳・鼻・のどの手術					ない
現在服用中の薬					ない
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					
今までに薬・注射等で副作用を起こしたことがある					ない
薬剤名					
アレルギー 血液検査したことある					ない
花粉・食べ物					ない
薬品					ない
たばこ 過去に吸っていた 現在吸っている1日 ( ) 本					ない
お酒 時々 毎日					ない
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					