

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
みみ	痛い かゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳なり ふさがった感じ 耳あか その他		
	いつから	今日 昨日 2,3日前	1週間前 () 頃
はな	はなが出る つまる のどに流れる くしゃみ 痛い 鼻血 においがわかりにくい その他		
	いつから	今日 昨日 2,3日前	1週間前 () 頃
のど	痛い 声がかされる せき たん 異和感 不快感 その他 いつから 今日 昨日 2,3日前 1週間前 () 頃		
	めまい	回る ふわふわする 吐き気	いつから 今日 昨日 2,3日前 1週間前 () 頃
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 その他			ない
手術			
耳・鼻・のどの手術 消化管手術 心臓・血管系手術 頭頸部・脳外科			ない
現在治療中の病気			
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 その他			ない
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 他院の抗菌薬 その他			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			ない
花粉・食べ物			ない
薬品			ない
薬で胃が悪くなる		なる	ならない
嗜好品	たばこ： 1日 本	お酒： たまに 週1~2 週3~4 ほぼ毎日	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			