問　診　票

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな	性別	小学生以下 体重	ご住所　〒　　ー　　初診の患者様のみ記入
お名前	男 女		
明・大・昭・平・令 年　　月　　日生	年齢		電話　（　　） 携帯　（　　）

体温　　℃

当院で**めまい・花粉症・無呼吸**の受診が初めての場合、問診票が別になりますので受付に声をおかけください

症状箇所までご記入ください。	**必要があればネブライザーを希望しますか？　はい・いいえ**
※再診の方のみ・・・前回の症状から	改善傾向　・　変わらない　・　悪化傾向　・　お薬希望
◆いつ頃から症状が出ましたか？	本日　　日前　　週間前 か月前　　年前　　慢性的
◆他に症状があればご記入ください	
◆現在、他院に通院していますか？	いいえ　　はい→病名をご記入ください
高血圧　・　心臓病　・　高脂血症　・　糖尿病　・　緑内障　・　前立腺肥大　・　喘息 脳梗塞　・　胃潰瘍　・　肝臓病　・　腎臓病　・その他（　　）	
◆現在、他院から処方された お薬はありますか？	なし　　あり→　お薬手帳をお持ちの方はお出しくださいませ お薬名：

◆お薬の希望はありますか？ →小児の方は下に記入欄があります	漢方希望　/　粉薬不可 痛み止め希望　/　うがい薬希望　/　トローチ希望
◆どのような診察をご希望ですか？	十分な検査希望　/　症状を抑えたい　/　耳垢除去希望
◆お薬にアレルギーはありますか？	なし　　あり→（お薬名　　） どのような症状が起こりましたか？　【　　】
◆女性の方へ　妊娠の可能性	いいえ　　はい　（　　か月）
◆女性の方へ　授乳の有無	なし　　あり
◆小児の方へ	錠剤(7歳以上)　　粉薬希望　　シロップ希望 1日2回内服希望　　うがい薬希望

～ご記入が終わりましたら受付までお持ちください～