

問 診 票

記入日： 年 月 日

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

体温 °C

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・部位をご記入ください。			
	診察後に鼻・喉の症状を和らげる吸入処置希望しますか？はい・いいえ		
◆いつ頃から症状が出ましたか？	<input type="checkbox"/> 本日	<input type="checkbox"/> 日前	<input type="checkbox"/> 週間前
	<input type="checkbox"/> カ月前	<input type="checkbox"/> 年前	<input type="checkbox"/> 慢性的
<input type="checkbox"/> 前回症状の続きの方⇒	<input type="checkbox"/> 改善傾向	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 悪化傾向
◆どのような診察をご希望ですか？	<input type="checkbox"/> 十分な検査希望	<input type="checkbox"/> 症状を抑えたい	<input type="checkbox"/> 耳垢除去希望
◆現在、他院から処方された お薬はありますか？	<input type="checkbox"/> あり（お薬手帳は毎回お出しください）		<input type="checkbox"/> なし
◆女性の方へ	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり（ か月）	<input type="checkbox"/> なし
	授乳の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
◆小児の方へ（お薬の希望）	<input type="checkbox"/> 錠剤希望(7歳以上)	<input type="checkbox"/> 粉希望	<input type="checkbox"/> シロップ希望
	<input type="checkbox"/> 1日2回内服希望	<input type="checkbox"/> 1日3回内服可能	
◆大人の方へ（お薬の希望）	<input type="checkbox"/> 漢方希望	<input type="checkbox"/> 粉薬不可	
	<input type="checkbox"/> 痛み止め希望	<input type="checkbox"/> うがい薬希望	<input type="checkbox"/> トローチ希望
◆現在、他院に通院していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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（ ）		
◆お薬にアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→（お薬名 ）		
	どのような症状が 起こりましたか？（ ）		

～ご記入が終わりましたら受付横の問診票BOXに裏返してお入れくださいませ～