

問 診 票

できるだけ詳しく正確に記入してください

フリガナ		電話
氏 名	男・女	()
生年月日	大・昭・平 年 月 日生 () 才	
住 所	□□□-□□□□ ※郵便番号は必ず記入してください	

10才以下の方のみ：体重 _____ kg お熱がある方のみ：体温 _____ ℃

1. 今日はこの具合が悪いですか？ (○をつけて下さい)

みみ [右・左]：痛い・かゆい・耳だれ・耳あか・耳鳴り・きこえにくい
その他 ()

はな：はなみず・はなづまり・くしゃみ・はなち・においがわからない
その他 ()

のど：痛い・せき・たん・声がれ・つまったような感じ
その他 ()

その他：頭痛・はきけ・^{げり}下痢・めまい・アレルギーの検査希望
上記以外の症状 ()

2. 現在飲んでいるお薬がありますか？

ない ある 薬品名：
 薬または説明書を持参している・市販薬・わからない

3. 卵のアレルギーがありますか？

ない ある

4. 薬や麻酔注射で、アレルギーやショックをおこしたことがありますか？

ない ある (薬品名：)

5. 今までに次の病気にかかったことがありますか？

じんましん・ぜん息・心臓病・腎臓病・肝臓病(B型・C型・その他))
 高血圧・糖尿病・胃腸病・結核・その他 ()

6. タバコは？ 吸わない 吸う (1日 本)

7. 女性の方のみ：現在、妊娠していたり、その可能性がありますか？

ない ある (週目) 授乳中 (1日 回くらい)