

# 初めてのの方に（問診表）

年 月 日

フリガナ 氏名						様	（男・女）
生年月日	明 昭 大 平	年	月	日	（才）	体重	_____kg (小学生までの方のみ)
住 所						電話	_____

## 1. どんな症状がありますか

右・左 耳 } ( 痛 み・耳だれ・かゆみ・耳あか  
耳のつまった感じ・きこえが悪い  
耳 鳴・ \_\_\_\_\_ )

鼻 } ( くしゃみ・はなみず・鼻づまり  
鼻出血・かゆみ・ \_\_\_\_\_ )

のど } ( 痛 み・せ き・た ん・声がれ  
つかえる感じ・魚の骨・ \_\_\_\_\_ )

その他（めまい・頭痛・嘔気・嘔吐・いびき・熱・ \_\_\_\_\_）

## 2. いつ頃からですか

（ \_\_\_\_\_ ）

## 3. 今までに薬や食べ物などが体に あわなかった事がありますか

ない  
 ある・症状 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_  
(その薬・食べ物がわかれば記入してください \_\_\_\_\_)

## 4. 今までにかかった事のある病気・ 手術はありますか

ない  
 ある } ( 喘 息・じんましん・結 核・糖尿病・高脂血症・高血圧  
アトピー・心臓病・肝臓病・腎臓病・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_  
手 術 \_\_\_\_\_ )

## 5. 現在、他の医院・病院に通院し ていますか(今回の症状も含めて)

していない  
 している } ( 病 名 \_\_\_\_\_  
医院・病院名 \_\_\_\_\_ )

## 6. 現在、内服中の薬はありますか

ない  
 ある（薬の名前 \_\_\_\_\_）

## 7. どのタイプの薬がおのみになれ ますか

何でものめる  水 薬  粉 薬  錠 剤  
 カプセル

## 8. 女性の方のみお答えください

妊娠中（ \_\_\_\_\_ 週）  どちらでもない  わからない  
 授乳中