

# 診 察 申 込 書

この問診票は、診察する上で大切な資料となります。わかる範囲で詳しく教えてください。

記入日 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日		住所 〒 —				
氏名			明 大 昭 平 年 月 日						
TEL	— —	年齢	歳 ヵ月	体重	kg	体温	℃	職業	

〔今日はどこが、どのように悪くて診察をご希望されますか？〕

下記項目で該当する症状に○印をおつけください。

耳 (みぎ・ひだり)	鼻 (みぎ・ひだり)	のど ・ その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>耳が痛い</li> <li>耳が痒い</li> <li>耳だれ</li> <li>耳あか</li> <li>耳鳴りがする</li> <li>聞こえが悪い</li> <li>つまった感じがする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>鼻汁(水鼻)</li> <li>鼻汁(黄鼻)</li> <li>鼻づまり</li> <li>鼻汁がのどに流れる</li> <li>鼻血</li> <li>花粉症</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>咳</li> <li>痰</li> <li>のどが痛い</li> <li>頭が重い</li> <li>首の腫れ</li> <li>めまい(ぐるぐる)</li> <li>めまい(ふわふわ)</li> </ul>

\*その他の症状があればお書きください。

( )

\*いつ頃から悪いですか？( ) \*お薬の希望はありますか？(シロップ・粉・錠剤)

★体重 25Kg 以下の場合:粉薬となることがあります

- 今までに注射や治療で気分が悪くなったり、その他の症状が出たことがありますか？  
ない ・ ある (どんな注射・治療ですか？ )
- 今までに薬や食べ物で気分が悪くなったり、その他の症状が出たことがありますか？  
ない ・ ある (どんな薬・食べ物ですか？ )
- 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？  
ない ・ ある  
じんましん ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 結核 ・ 血が止まりにくい病気 ・ けいれん発作 ・ てんかん ・ その他( )
- 現在、服用しているお薬はありますか？  
ない ・ ある ( )
- 嗜好品について  
飲酒 : 飲まない ・ 飲む (どのくらい飲みますか？ 回/週 ml/回)  
タバコ : 吸わない ・ 吸う (どのくらい吸いますか？ 本/日)
- 女性の方にうかがいます。現在、妊娠または授乳中ですか？  
妊娠していない ・ 妊娠している( ヵ月) / 授乳していない ・ 授乳している( ヵ月)