

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 〒 ー ー						
氏名		大 昭 平 令 年 月 日							
TEL	ー ー	年齢	歳 カ月	体重	kg	体温	°C	職業	

〔今日はどこが、どのように悪くて来られましたか？〕

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

* 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

1) 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？)

2) 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？)

3) 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 ()

4) 現在、服用しているお薬はありますか？

ない・ある ()

5) 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)

6) 女性の方にかがいます。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 (カ月) / 授乳していない ・ 授乳している