**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**

**住所　　〒　　　－**

**男**

**・**

**女**

**ふりがな**

**生年月日**

**大　昭　平　令**

**年　　月　　日**

**氏名**

**℃**

**職業**

**TEL**

**歳　ヵ月**

**体重**

**kg**

**体温**

**年齢**

**〔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**

* 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）
* 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
* 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

＊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