



問診票

記入日 _____年____月____日

お名前: _____ 年齢: _____ 性別: 男・女 15歳未満の方のみ 体重 _____ kg

1. 今日相談したい内容はどのようなことですか？

※:以下の項目に○(複数可)または「自由記載」に記載し、特に相談したいこと1つに◎をしてください

耳 (右・左・両側) 耳が痛い 耳がかゆい 耳だれ 聞こえづらい 耳が詰まった感じ 耳鳴り 耳あかを取ってほしい 補聴器相談	鼻 花粉症の症状 鼻水 (透明・黄色・緑色) くしゃみ 鼻づまり 鼻水がのどに回る 鼻の中が荒れている 鼻血 (右・左) においが分かりづらい	のど のどが痛い せきが出る / たんが出る 声がれ のどが詰まった感じ/つかえる感じ 飲み込みにくい 味が分からない/変な味に感じる いびき/無呼吸 検査希望 インフルコロナ・溶連菌 車内待機の方: 車種 _____ 色 _____ ナンバー _____ アレルギー採血・その他 (_____) 自由記載 [_____]
めまい ぐるぐる回る フラフラする まっすぐ歩けない 目の前が暗く (白く) なる	その他 2日以内の発熱 最高 (. °C) 首が腫れた 顔が腫れた 顔がうごかない (顔面神経麻痺)	

2. 1. はいつ頃からですか？

_____年____月____日から、または _____ (年・か月・日)前から

3. 1. の症状・内容で最近他の医療機関を受診したことがありますか？

いいえ・はい(診断名: _____、治療内容 _____ 医療機関名 _____)

4. 現在、または以前、他の医療機関におかかりの病気はありますか？

いいえ・はい(医療機関名: _____、病名: (該当するものに○) 高血圧・糖尿病・喘息・B型肝炎・その他 _____)

診察券用スペース

5. 現在、使用中の薬はありますか？

いいえ・はい 「はい」の方は受付時に薬手帳等を提出してください

6. 現在、妊娠(疑い含む)・授乳に該当しますか？

いいえ・はい 妊娠している(第____週)、疑いがある、授乳している

7. 薬や注射のアレルギーはありますか？

いいえ・はい(薬剤名: _____ 症状: _____)