

# 問診票

(インターネット用)

来院日： 年 月 日

ふりがな		性別	※中学生以下の方は必ず記入	
名前		男・女	年齢	体重
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		才	kg
ご住所	〒 -			
電話番号	( )	携帯電話	( )	

■診察を希望される症状を○で囲んでください。

耳 (右・左・両)	痛い、かゆい、耳だれ、耳あかをとって欲しい、聞こえにくい、 ふさがった感じ、ひびく、耳鳴り、めまい、他 ( )
鼻	痛い、くしゃみ、鼻水 (透明・白色・黄色)、鼻づまり、においがしない、 鼻水がのどに落ちる、鼻血 (右・左)、他 ( )
アレルギー	花粉症の予防、鼻アレルギー検査 (採血) 希望、目がかゆい
口・のど 舌・首	痛い、せき、たん、声がれ、のどがつまる感じ、食事が通りにくい、いびき、 口が開きにくい、乾く、味がわからない、腫れた、他 ( )
その他	発熱 ( °C)、頭痛、関節痛、吐き気、腹痛、下痢、発疹、 甲状腺の検査希望、がんが心配、他 ( )

■症状はいつからですか？

本日・( ) 日から・( ) ヶ月前から・( ) 年前から

今回の症状で他の病院の診察を受けましたか？

いいえ・はい → ◆病院名「 」 ◆いつ ( ) 月 ( ) 日

■今までに特別な病気にかかったことはありますか？

なし・あり → **B型肝炎** ・ **C型肝炎** ・ **その他肝臓病** ・ **糖尿病** ・ **緑内障**  
高血圧 ・ 胃潰瘍 ・ 心臓病 (ペースメーカー 有・無) ・ 腎臓病 ・ 喘息  
前立腺肥大 ・ 脳卒中などの脳の病気 ・ その他 ( )

■常用薬や他の病院で1ヶ月以内に処方された薬はありますか？ (飲み終えた薬も含む)

なし・あり → ◆ お薬手帳 (お薬の名前がわかるもの) はお持ちですか？ なし・あり

■卵や薬剤のアレルギーはありますか？

なし・あり → ◆ 卵 ・ 牛乳 ・ 鎮痛薬 ・ ラテックス ・ アルコール  
その他薬剤 ( )

～女性の方へ～ (必ずご記入ください)

■妊娠中ですか？ いいえ ・ 可能性がある ・ はい → ( ) ヶ月

■授乳中ですか？ いいえ ・ はい