

# 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・耳鳴り・めまい・他 ( )
鼻	花粉症・アレルギー検査希望(食物以外)・目のかゆみ・鼻血(右・左) 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・痛み(鼻の中・顔)・他 ( )
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・首のしこり・他 ( )
その他	発熱( °C)・頭痛・関節痛・がんが心配・顔面麻痺 定期検診(内容: )・他 ( )

■症状はいつからですか？

本日・( )日前から・( )ヶ月前から・( )年前から

今回診察希望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**  
**胃潰瘍**・**高血圧**・**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 → ◆ 現在(内服中・飲み終えている)  
◆ 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