

問診表

ふりがな				★ 当院は耳鼻咽喉科・アレルギー科です ★
氏名	H・R 年 月 日 (歳) 男・女			
	身長 _____ cm	体重 _____ kg		
住所	〒 _____			
電話番号	(_____)		(続柄: 自宅・父・母・その他: _____)	
1. <u>いつから</u> 症状がありますか? → (_____) 日前から				
2. あてはまるところに○をつけてください。				
* 耳 (右・左・両方) が、痛い / かゆい / 耳だれ / 耳垢 / 聞こえにくい / こもった感じ / 気にして触っている				
* 鼻 (右・左・両方) が、鼻水が出る / つまる / くしゃみ / 痛い / かゆい / 鼻血 (右・左)				
* のどが、痛い / 咳 / 痰 / 声枯れ / 魚の骨が刺さった (魚の種類: _____)				
* 発熱: _____ 時間前から _____ °C → 現在は? _____ °C				
* その他: 花粉症 / 眼のかゆみ / 頭痛 / 嘔吐 / 下痢 / 学校の健診 / 自由記入欄 (_____)				
3. 現在、他院で処方された薬はありますか? ★お薬手帳などは受付でご提示下さい★				
はい (_____) ・ いいえ				
4. お薬についてご希望をお伺いします。				
形状: 錠剤 / 粉 (ドライシロップ) / シロップ / まだ薬を飲んだことがない				
回数: 1日3回 飲めますか? → はい・いいえ				
5. 薬、注射、食物などのアレルギーはありますか?				
はい (卵・牛乳・その他: _____) ・ いいえ				
6. かかったことがある疾患はありますか? なければ、“該当なし” に○をつけてください。				
熱性けいれん / 中耳炎 / 副鼻腔炎 (蓄膿症) / はしか / おたふく / みずぼうそう / 風疹 / 突発性発疹 / その他 (_____) / 該当なし				
7. 診断された疾患はありますか? なければ、“該当なし” に○をつけてください。				
気管支喘息 / アレルギー性鼻炎 / アトピー性皮膚炎 / 感染症 (B型肝炎、C型肝炎、梅毒、HTLV1、ほか: _____) / その他 (_____) / 該当なし				
8. これまでに入院や手術をしたことがありますか?				
はい (病名: _____) ・ いいえ				
★ ご来院きっかけアンケートです。○をお願いします。★				
当院ホームページ / グーグル / ヤフー / 病院検索サイト / ひまわり (東京都医療機関案内サービス) / その他検索サイト / クリニック看板 / 駅構内看板 / 電柱看板 / 駅前地図 / 友人・知人の紹介 / 家族が受診している / 他院からの紹介 / 役所・保健所からの紹介 / 家・職場から近い / その他				
★ 診療明細書についてご希望をお伺いします。★				
<input type="checkbox"/> 発行する ※お時間を要する場合がございます。予めご了承ください。				
<input type="checkbox"/> 不要				