

# 問 診 表

フリガナ		性 別	男 ・ 女	＜医院記入欄＞ ID. _____ <input type="checkbox"/> 内服薬などのPC取込み済			
氏 名	様						
生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	歳	小児のみ:体重	Kg
住 所	〒		—		携 帯 ・		
					自 宅 ☎		

◇ 本日はどのような症状でお困りですか？

いつから・・・  [ ] 日前  [ ] 週間前  [ ] ヶ月前  [ ] 年前

耳・・・  聞こえが悪くなった  耳鳴りがする  つまった感じ  
 耳だれが出る  耳の痛みや痒み  耳あかが取れない  補聴器を作りたい

鼻・・・  鼻血が出る  鼻水が出る  鼻の通りが悪い  鼻がにおう  
 においが分からない  花粉症

のど・・・  のどが痛い  咳が出る  喉の違和感やつまった感じ  声のかすれ  
 声が出ない  舌の痛み  口が渇く  味が分かりにくい  
 息が苦しい  むせる  いびき・無呼吸

その他・・・  めまいがする  首にしこりがある  顔の動きが悪くなった  
 甲状腺を調べてほしい  アレルギー検査希望

◇ 本日、熱はありますか？・・・  はい \_\_\_\_\_ 度  いいえ

◇ 女性の方にお尋ねします

妊娠中ですか？・・・ いいえ  はい 妊娠 \_\_\_\_\_ 週目  可能性あり  
授乳中ですか？・・・ いいえ  はい(お子さんの月年齢 \_\_\_\_\_ )

◇ 歯科の治療や麻酔でアレルギーを起こしたことはありますか・・・ いいえ  はい

◇ 薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか・・・ いいえ  はい  
『はい』と答えた方・・・わかれば薬剤名・食べ物の名前( \_\_\_\_\_ )

◇ 今までに手術したことはありますか？・・・  いいえ  はい(病名: \_\_\_\_\_ )

◇ 現在、使用(服用)しているお薬はありますか(お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください)  
( \_\_\_\_\_ )

◇ 日常生活についてお答えください

タバコ・・・ 吸わない  吸っている  吸っていた(1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間)  
お酒・・・ 飲まない  飲む(頻度・・・ ほぼ毎日  週3-4日位  週1-2日位  月1-2回)

◇ 適応があれば漢方治療を希望されますか？

はい  いいえ

ご記入が済みましたら、受付にお出ください。ご協力ありがとうございました。