

# 問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月 日	<small>明治 大正 昭和 平成</small>	年 月 日 ( )才
氏 名					
住 所	〒				
電 話	( ) -	携帯電話			

- (1) どの具合が悪くて来られましたか。○印を付けて下さい。  
 耳 (左・右・両方)      鼻      のど      ぐち      めまい  
 その他 ( )
- (2) どんな症状ですか。  
 ( )
- (3) その症状はいつ頃からですか。  
 ( )
- (4) 今まで、お薬で気分が悪くなったり、発疹(じんましん)が出たり、ショックなどを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)  
 “はい”の方は、どんなお薬でしたか。( )
- (5) 今まで、かかったことのある病気に○印をつけて下さい。  
 高血圧   糖尿病   心臓病   ぜん息   呼吸器疾患   胃腸病  
 肝臓病   腎臓病   緑内障   前立腺肥大   アトピー  
 その他 ( )
- (6) 現在、治療中の病気がありますか。(はい・いいえ)  
 “はい”の方は、どのような病気でしょうか。  
 ( )
- (7) 現在、飲んでいるお薬がありますか。(はい・いいえ)  
 “はい”の方は、お薬の名前を書いて下さい。  
 ( )
- (8) 15才以下の方のみお答え下さい。 体重 ( ) kg
- (9) 未就学児の方のみ、選んで○印をつけて下さい。  
 ( 保育園児 ・ 幼稚園児 ・ どちらでもない )
- (10) 女性の方のみお答え下さい。  
 ・ 現在、妊娠をしていますか。(はい   ヶ月 ・ いいえ ・ わからない)  
 ・ 現在、授乳をしていますか。(はい ・ いいえ)
- (11) 当院をどのようにして、お知りになりましたか。○印をつけて下さい。  
 ①知人からの紹介   ②ホームページ   ③通りかかり   ④ビル屋上の看板   ⑤道路の看板広告  
 ⑥電話帳   ⑦家族からの紹介   ⑧他の医院からの紹介   ⑨その他 ( )
- (12) 当院までの交通手段について、○印をつけて下さい。  
 ①徒歩   ②自転車   ③バイク   ④電車   ⑤バス   ⑥車   ⑦その他 ( )