

問 診 票

年 月 日

名前 _____ 男・女

生年月日 年 月 日(才)

【女性の方へ】

妊娠の可能性 ある・ない・希望する

妊娠 ヶ月・授乳中(生後 ヶ月)

■今日はどうかさいましたか？ 本日体温 _____℃ 平熱 _____℃ 体重 _____kg

- 1) 耳・<両・右・左>・耳が痛い・耳だれ・聞こえが悪い・ふさがった感じ・耳鳴り
(いつから: _____)・その他(_____)
- 2) 鼻・<両・右・左>・鼻汁・鼻づまり・鼻出血 ・匂いしない・くしゃみ・頭重い
(いつから: _____)・その他(_____)
- 3) のど・ のど痛い・食べ物がつかえる・口内炎・食べれない・いがらっぽい
(いつから: _____)・その他(_____)
- 4) めまい・ 体動かす時 ・起き上がる時 ・歩行時・ 吐気・嘔吐
(いつから: _____)・その他(_____)
- 5) その他・(_____)

■上記以外の症状

※排便・ . . . 通常は(_____ 回/日) 普通・便秘・軟便・下痢

現在は(_____ 回/日) 普通・便秘・軟便・下痢

※現在、他の病院で飲んでる薬はありますか？ ない・ある(薬手帳あり・なし) . . .)

・ある方へ何科でもらってますか？(_____)

※次の病気をしたことがありますか？

花粉症 喘息 糖尿病 高血圧 心臓病 胃潰瘍 緑内障 前立腺 胆石

他、手術や病気をしたことがありますか？ いいえ・はい(_____)

※歯の治療中、麻酔などで具合が悪くなったことがありますか？ . . . ある・ない . . .)

※薬や食べ物で発疹が出たことがありますか？ ない・ある(_____)

※タバコは吸いますか _____ いいえ・はい(1日 _____ 何本位) . . .)

※飲酒はされますか？

_____ いいえ・はい(_____ 日/週 _____ ml/日・ビール・ワイン・焼酎・他(_____) . . .)

■このクリニックはどちらで、お知りになりましたか？

・知人に聞いた _____ ・当院HPを見た _____ ・家族がかかっている・他(_____)