

年 月 日

問 診 票

診察券番号

ふりがな

生年月日：(M/T/S/H/R) 年 月 日

お名前

(男・女)

お電話番号：() -

ご住所 〒

(中学生以下のお子様)

体重 kg

お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡しいただきますようお願いいたします

1. 当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)

- ① ご家族の紹介 ② 知人から聞いて () 様 ③ 他の医療機関から聞いて ()
④ 近所・通りがかり ⑤ 看板を見て ⑥ ホームページ (パソコン・スマートフォン)
⑦ Facebook 等 SNS ⑧ Google 広告 ⑨ Yahoo! 広告 ⑩ その他ページ ()
⑪ タウンページ ⑫ チラシ ⑬ その他 ()

2. 本日はどうされましたか？ (例：耳掃除希望、1か月前から喉が痛い、3日前から寝起きにめまいがする)

3. この症状で他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ・はい (いつ：) 医院名：)

4. 以下の検査や治療を希望される方は○をお付けください

アレルギー検査 (20分8項目・1週間39項目) 舌下免疫療法 補聴器の調整や購入の相談

5. 今までにかかった、または治療中の病気があれば教えてください

糖尿病 B型肝炎 前立腺肥大 緑内障 高血圧 心臓病 胃・十二指腸潰瘍
喘息 花粉症 アレルギー性鼻炎 食物アレルギー () アトピー
その他 () 手術 ()

6. 現在飲んでいる薬はありますか？ お薬手帳などがあれば受付にお渡しください

いいえ・はい (薬の名前：) 薬手帳持参忘れ

7. 今までに薬や注射、麻酔などで体に異常がおきたことがあれば以下にお書きください

薬の種類： 症状：

8. タバコは 現在吸っている (1日 本 年間) 以前は吸っていた (1日 本 年間) 吸わない

9. 女性の方への質問です

妊娠もしくはそのはその可能性がありますか？ いいえ・可能性がある・はい (週)
現在授乳中ですか？ いいえ・はい (お子様 カ月)

10. 未就学児の方 保育園や幼稚園に通っていますか？ はい (託児所 / 保育園 / 幼稚園) ・ いいえ

11. お子様のお薬について、希望の剤形や服用回数がありますか？

はい (粉薬 / シロップ / 錠剤) ・ なし 回数 (1日2回服用 / 1日3回服用)