

問診票

年 月 日

ふりがな	生年月日	大・昭・平・令・西暦
お名前 男・女	年 月 日	年 月 日 才
〒 ー ご住所	TEL	
ご職業	(小児の方) 体重 kg	(小児の方) 薬の希望：錠剤・粉・シロップ

◆ お困りの部位に○をつけてください

- 耳・鼻・のど・くび・めまい・その他 ()
- ・どちら側ですか？ (右 左 両側)
- ・どのような症状ですか？
()
- ・いつ頃から症状がありますか？
()

◆ 現在、投薬を受けていますか？ (はい・いいえ)

投薬を受けている方は病名、投薬内容を教えて下さい。
お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。
病名 () 薬 ()

◆ 過去に大きな病気や手術をしていれば教えて下さい

()

◆ 今まで食べ物や薬・麻酔で発疹やアレルギーなどありますか？

(ある・ない)
症状 () 原因 ()

◆ [女性の方へ] 現在妊娠中や授乳中ですか？

(妊娠していない・妊娠中・授乳中・妊娠の疑いあり)
(月)

◆ 当院受診のきっかけを教えてください

1. 自宅から近い 2. 家族がかかっている 3. 紹介 4. ホームページをみて
5. 時任町のクリニックにかかった 6. その他 ()