

初診問診票

令和 年 月 日

この問診票は診察する上で大切な資料となります。差支えない範囲でできるだけ詳しく御記入ください。

受診者氏名 (かかると)	ふりがな	○をつけてください			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	歳
現住所	(〒 -)				
電話番号	自宅 ()	-	携帯 ()	-	-
ご職業	身長	cm	体重	kg	熱 °C

●どのような症状がございますか？ □にチェックしてください (いくつでも御記入ください)

◆みみ (□右 □左 □両)

- 痛い
- かゆい
- 聞こえにくい
- ボーンとする
- 耳鳴りがする
- 耳だれが出る
- カサカサする
- 耳あかがある
- 耳がはれた
- 物をつめた

◆はな (□右 □左 □両)

- 鼻みずが出る
- 鼻がつまる
- くしゃみ
- 花粉症 (アレルギー性鼻炎)
- かゆい
- 鼻血が出る
- においがわからない
- 鼻がはれた
- 物をつめた

◆のど

- 痛い
- 違和感・不快感
- 声がかれる
- せき
- たんがからむ
- かゆい
- 飲み込みづらい
- 口内炎
- 味がわからない
- 顔・首がはれた
- 物が刺さった
- すぐむせる

◆その他の症状

- めまい
- いびき
- 頭痛
- 目がかゆい
- 息苦しい
- 禁煙したい
- 顔の半分が動かさにくい
- その他 ()

●上記の症状はいつからですか？ (から)

●治療中の病名ならびに今までかかったことのある病気があれば□にチェックしてください

- なし 病名: 糖尿病 高血圧 胃・十二指腸潰瘍 ぜんそく 脳梗塞 心筋梗塞 癌 (がん)
- その他 ()

●現在、内服中の薬があれば□にチェックしてください

- なし 薬の種類: 糖尿病の薬 高血圧の薬 抗凝固剤 (血をサラサラにする薬) ステロイド
- その他 ()

★お薬手帳や投薬袋など、わかる物をお持ちでしたら、一緒にお出してください

●薬の服用について、服用が困難な剤形があれば□にチェックしてください

- 特になし
- 錠剤がのめない
- 粉薬がのめない

●薬、注射で、しっしん (じんましん)、かゆみ、はき気など異常を感じたことがありますか？

- ない
- ある (薬の名前)

●妊娠中あるいは授乳中であれば□にチェックしてください □妊娠中 (カ月目) ・ □授乳中

●いずれかにチェックしてください タバコ; □吸う □吸わない 飲酒; □する □しない

●御家族の中で高度難聴や癌の方はいらっしゃいますか？ おみえでしたら□にチェックして下さい

- なし
- 高度難聴
- 癌
- その他の病気 ()

●ジェネリック (後発医薬品) を希望しますか？

- 希望します
- 希望しません