

初診問診票

ID: _____

フリガナ		記入日	平成	年	月	日
氏名	男 女	生年 月日	明・大 昭・平	年	月	日 (歳)
電話	自宅： 携帯： (必要時、病院から連絡してよい番号)	住所	〒 _____			
ご職業						

当院の受診は初めてですか (はい ・ いいえ) 体温 _____ . °C 体重 _____ k g

喫煙 (しない ・ 年前まで ・ する 本/日 × 年) 飲酒 (しない ・ たまに ・ 週数回 ・ 毎日)

(1) 一番お困りの症状は何ですか? [_____]

- みみ (右・左・両方) 痛い・耳だれ・聞こえにくい・つまった感じ・耳鳴り・耳あか・かゆい
- はな つまる・鼻水 (サラサラ・ネバネバ)・ムズムズする・くしゃみ・鼻血・においがしにくい
- のど 痛い・はれている・つまった感じ・声がかれる・せき/たん・息がしにくい
- くち 口内炎・味がわかりにくい
- その他 発熱・頭痛・首のはれ・めまい・いびき/睡眠時無呼吸・(_____)

(2) その症状は、いつ頃からですか? 今日 ・ 日前 ・ か月前 ・ 年前

(3) 診察で特にご要望はありますか?

- ・特にない ・お薬 (診察は必要です) ・処置 (吸引・吸入・耳掃除) ・検査
- ・アレルギー性鼻炎 (花粉症) の検査 ・いびき/睡眠時無呼吸の検査 ・補聴器作成

(4) 以下の病気を指摘されたことはありますか?

- ・高血圧 ・不整脈 ・心臓病 ・糖尿病 ・ぜん息 ・アトピー ・胃潰瘍 ・緑内障
- ・肝臓病 ・腎臓病 ・脳梗塞 ・脳出血 ・結核 ・がん
- ・その他 (_____) ・なし

(5) 今飲まれているお薬はありますか?

- ・なし ・あり (薬名: _____)

(6) アレルギーについてお聞きします。

お薬 (飲み薬、注射) で気分が悪くなったり じんましんが出たり あわなかったことがありますか?

- ・なし ・あり (薬名: _____)

痛み止めの注射 (歯の治療や傷を縫ったときなど) でアレルギーがでたことがありますか?

- ・なし ・あり ・今までに使用したことがない

(7) 女性の方へ: 妊娠の可能性はありますか? 授乳中ですか?

- ・妊娠していない ・妊娠の可能性がある ・妊娠 週目 _____ ・授乳中

(8) 当院のことをどちらでお知りになりましたか? (複数可)

診療所前の看板 三井秦団地バス停横の道路看板 駅の看板 (JR 星田 / JR 東寝屋川 / 京阪香里園)

家族が受診 知人の紹介 インターネット 市役所の封筒 タウンページ 他院からの紹介

その他 (_____) ご記入ありがとうございます