

初診問診票

ID: _____

フリガナ		記入日	令和	年	月	日
氏名	男 女	生年 月日	大・昭 平・令	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)

・小学生以下の方は、希望される薬の形態を教えてください 錠剤 ・ こなぐすり ・ シロップ

(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 (透明・白・黄 / 青 / 緑)・ムズムズする・くしゃみ・鼻血・においがしにくい

せき いつ (朝・日中・寝る前・夜間) ・せきで眠れない・えずく・吐いた

のど 痛い・はれている・つまった感じ・声がかれる・たん・息がしにくい

その他 発熱・頭痛・めまい・いびき/睡眠時無呼吸・首のはれ・味がわかりにくい

アレルギー検査・口内炎・補聴器作成・ (_____)

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

(3) 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

(4) 今飲まれているお薬はありますか?

・なし ・あり (薬名: _____)

(5) アレルギーについてお聞きます。

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

(6) 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 ・妊娠の可能性はある ・妊娠 週目 ・授乳中

(7) 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 18号線沿いの看板 駅の看板 (JR 星田 / JR 寝屋川公園)

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した