

年 月 日

# 問診表

医療法人 仁桜会

診察を円滑にするため全てご記載ください。個人情報保護法に基づき個人情報は診療以外に使用しません。

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令	年	月	日生
お名前			年齢	才	職業	
ご住所	〒 —					ご自宅の電話番号 ( )
						携帯電話番号 ( )
体重 ※お子様は必ずご記載下さい	kg	体温	°C	お薬手帳 あり ・ なし		
処置の正式名称や保険点数などを記載した『明細書』はご希望されますか? ⇒ はい ・ いいえ ※明細書は資源削減の観点から希望者のみに発行しております						
女性の方のみ 妊娠していない ・ 妊娠している ⇒ (妊娠 週目) ・ 現在授乳中						

① 本日はどのような症状、目的でご受診されましたか?

いつから ( )  
 鼻 (両・右・左) (透明鼻汁 黄色い鼻水 鼻がつまる 鼻血 匂いが分からない 鼻が痛い)  
 耳 (両・右・左) (耳掃除希望 かゆい 耳が痛い 聞こえが悪い 耳だれ 耳鳴 めまい)  
 喉 (両・右・左) (喉が痛い 違和感 痰が絡む 飲み込みづらい 息苦しい 声がかすれる)  
 その他(具体的にお書きください)

② 過去に1度でもかかったことのある病気、または現在治療中の病気があれば○をしてください。

中耳炎 外耳炎 副鼻腔炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 扁桃炎 めまい 耳鳴 高血圧 喘息 糖尿病  
 うつ病 統合失調症 前立腺肥大 緑内障 B型肝炎 C型肝炎 腎臓病 心臓病 HIV がん  
 その他 ( )

③ 現在飲んでいるお薬はありますか? ⇒ ない ・ ある

薬の名前 ( )  
 医療機関名 ( )

④ 花粉や食べ物などのアレルギーはありますか?また、使用して具合が悪くなった薬はありますか?

ない ・ ある ( )

⑤ (お子様のみ)処方される薬の希望形状はありますか?

粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 特になし

⑥ 当院をお知りになったきっかけはなんですか?

ウェブサイトの検索(Google Yahoo! その他) 知人からの紹介 通りがかり 看板・広告

⑦ 駐車場の利用状況を調べるために、ご来院の交通手段を教えてください

自動車 電車 バス 自転車 徒歩 バイク 送迎