

# 初診問診票

平成 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  顔の半分が動かしにくい
- 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