

# 受付・問診票

(※初めての方のみ記入)

ふりがな \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 年 月 日 初診  
氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月 \_\_\_\_\_ 生年月日 T.S.H.R \_\_\_\_\_ 年 月 日  
住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ ℃ 職業 \_\_\_\_\_

1. 今日どのような事で来院されましたか？

2. 下記の症状について該当するものに○をつけてください

1) 耳について

耳痛 (右・左) 耳だれ (右・左) 耳のかゆみ (右・左) 耳鳴り (右・左)

聞こえが悪い (右・左) ふさがった感じ (右・左) その他 ( )

いつからですか？ \_\_\_\_\_

2) 鼻について

水っぽい鼻水 色のついた鼻水 くしゃみ 鼻づまり においがしない

鼻血がでる (右・左) ほほが痛い 頭がおもい その他 ( )

いつからですか？ \_\_\_\_\_

3) のどについて

のどが痛い 声がかれる 痰がでる 咳がでる 違和感がある

味がしない いびきをかく つまったかんじ その他 ( )

いつからですか？ \_\_\_\_\_

4) めまいについて

ぐるぐるまわる ふらふらする 吐き気 肩こり 頭痛 手足のしびれ

いつからですか？ \_\_\_\_\_ どのくらい続けました？ \_\_\_\_\_

以前にもありましたか？ ない あり \_\_\_\_\_

3. 現在のんでいるくすり ない あり \_\_\_\_\_

4. 今までにした手術や大きな病気 ない あり \_\_\_\_\_

5. 薬による副作用の経験 ない あり 薬の名前 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_

6. 卵・牛乳のアレルギー ない あり \_\_\_\_\_

7. 妊娠の可能性 ない あり ( \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ 現在授乳中ですか？ いいえ はい

8. 熱性ケイレンをした事がありますか？ ない あり \_\_\_\_\_

9. 薬の形で希望するものはありますか？

特になし・シロップ・粉・錠剤・カプセル・その他 ( )