

# 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. 今日は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 つまった感じ 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？ ( \_\_\_\_\_ ) どのくらい続きましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

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ことがありますか？

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 ( \_\_\_\_\_ )