

受付・問診票

ふりがな _____ 男 ・ 女 _____ 年 月 日 初診
氏名 _____ 年齢 _____ 歳 ヶ月 _____ 生年月日 M.T.S.H 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) ほぼが痛い 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 ()