

問 診 票

記入日	年 月 日		
ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令
氏名		生年月日	年 月 日 (才)
※再診の方は住所、電話番号の欄は 変更がある場合のみ ご記入ください			
住所			ご職業
電話番号		体重 (お子様) kg	体温(現在) °C
内服中の薬	薬品名 ※おくすり手帳をご提示いただければ、記載は不要です なし・あり		
妊娠	あり (ヶ月) ・ なし		病 名:
授乳	あり ・ なし		手術名:
合わないお薬	なし・あり (薬名)		

① 症状に○をおつけください(現在あてまはるもの)

みみ(右・左・両)	はな	のど	その他
耳がかゆい	鼻がつまる	のどが痛い	目がかゆい
耳がいたい	鼻水がでる	舌が痛い	食事がとれない
耳だれがでる	くしゃみ	声がかすれる	はきけ
きこえがわるい	鼻血	せき	いびき
耳鳴りがする	頭が おもい ・ いたい	たん	()
めまいがする	のどに鼻水がおいる	()	()
耳あか	()	Bスポット療法の希望受診	

花粉症予防 (希望のお薬がありましたらご記入ください)

	飲み薬	・眠くならないもの ・眠気よりもより効く薬 ・いつもの薬		
	点鼻薬	希望	あり	なし
	点眼薬	希望	あり	なし
		コンタクトの使用		あり ・ なし

②それは、いつ頃からですか? () 頃から)

③この症状で他の病院の診察は受けられましたか?

- ・受けていない
- ・受けた 病院名() 治療内容()

④喫煙 しない ・ する ⑤飲酒 しない ・ する

⑥その他、気になることがございましたらご記入ください