

診察をスムーズに行なうため、問診票の記載をお願いしております。いずれかの問診票に記載をお願い致します。ダウンロードして、プリントしたものに記載していただければ、よりスムーズになるため有り難いです。

初めての方

**問診票**

久しぶりの方

**再来問診票**

前回の続きの方

**診察前問診票**※

※診察前問診票はA4に1部印刷されるものと2部印刷されるものがあります。好みでお選び下さい。

PDFファイルをご覧いただくには、Adobe Reader (無償) が必要です。

# 問 診 票

スタッフ記入欄	
受診月日	
I D	

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 才)

住所・電話番号

〒 -

☎ - -

お持ちの方は必須→ 携帯

■今一番困るところはどこですか	それはいつから、どういった症状でしたか
<ul style="list-style-type: none"> <li>・両耳</li> <li>・右耳</li> <li>・鼻</li> <li>・めまい</li> <li>・風邪症状</li> <li>・左耳</li> <li>・のど</li> <li>・異物</li> <li>・その他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつから 今日から ( ) 日前から ( ) ヶ月前から ( ) 年前から</li> <li>・どのような症状            耳の症状： 耳が痛い 耳だれがでる 耳がかゆい 聞こえが悪い            耳がふさがった感じがする 耳鳴りがする めまいがする            鼻の症状： 鼻水 (透明 白 黄色 緑) 鼻がつまる くしゃみ            鼻血がでる (右 左 両方) いびき においがわからない            鼻が痛い ほほが痛い (右 左 両方)            のどの症状： のどが痛い のどに何かある感じ のみこみにくい 声がかれる            口内炎ができた 舌が痛い 咳が出る たんが出る 味がわからない            全身症状： 体がだるい 気分がわるい 夜中に息が止まる            頭が痛い 頭が重い 吐き気がする 目のかゆみ 禁煙希望            その他 ( )            ・発熱あり： 日 ℃         </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・採血によるアレルギー検査を希望</li> </ul>	
体重 kg [15歳以下のお子様は 必ずご記入ください]	

■今までにかかった病気はありますか	■カフェイン飲料
<ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし</li> <li>・心臓病</li> <li>・腎臓病</li> <li>・高血圧</li> <li>・その他</li> <li>・(ペースメーカー)</li> <li>・肝臓病</li> <li>・糖尿病</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体内にボルトなど金属が入っている</li> <li>・現在妊娠中である ( 週)</li> <li>・現在授乳中である</li> </ul>
	コーヒー 杯/日 紅茶 杯/日 緑茶 杯/日

■薬や食べ物のアレルギーはありますか	■たばこは吸いますか	■お酒はのみますか
(例：牛乳で下痢をする) いいえ・はい	(例：1日15本×20年)	(例：ビール500ml×2本/日)

■現在飲んでいる薬をお知らせください	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他院でもらった短期の薬 (病院名： ) 日 から 日 までの 日分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他院でもらった長期の薬 (病院名： )</li> </ul>

\* お薬手帳をお見せくださればこちらで記入します。



# 再来 問診票

スタッフ記入欄	
受診月日	
I D	

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏 名		男 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 才)

住所・電話番号（変更のない場合省略可）

〒 -

☎ - -

お持ちの方は必須→ 携帯

■今一番困るところはどこですか	それはいつから、どういった症状でしたか
<ul style="list-style-type: none"> <li>両耳</li> <li>右耳</li> <li>鼻</li> <li>めまい</li> <li>風邪症状</li> <li>左耳</li> <li>のど</li> <li>異物</li> <li>その他</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いつから 今日から ( ) 日前から ( ) ケ月前から ( ) 年前から</li> <li>どのような症状 耳の症状： 耳が痛い 耳だれがでる 耳がかゆい 聞こえが悪い 耳がふさがった感じがする 耳鳴りがする めまいがする 鼻の症状： 鼻水（透明 白 黄色 緑） 鼻がつまる くしゃみ 鼻血がでる（右 左 両方） いびき においがわからない 鼻が痛い ほほが痛い（右 左 両方） のどの症状： のどが痛い のどに何かある感じ のみこみにくい 声がかれる 口内炎ができた 舌が痛い 咳が出る たんが出る 味がわからない 全身症状： 体がだるい 気分がわるい 夜中に息が止まる 頭が痛い 頭が重い 吐き気がする 目のかゆみ 禁煙希望</li> <li>その他 ( )</li> <li>発熱あり： 日 ℃</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>採血によるアレルギー検査を希望</li> </ul>	
体重 kg [15歳以下のお子様は 必ずご記入ください]	

■今までにかかった病気はありますか	■カフェイン飲料
<ul style="list-style-type: none"> <li>特になし</li> <li>心臓病</li> <li>腎臓病</li> <li>高血圧</li> <li>その他</li> <li>(ペースメーカー)</li> <li>肝臓病</li> <li>糖尿病</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体内にボルトなど金属が入っている</li> <li>現在妊娠中である ( 週)</li> <li>現在授乳中である</li> </ul>
	コーヒー 杯/日 紅茶 杯/日 緑茶 杯/日

■薬や食べ物のアレルギーはありますか	■たばこは吸いますか	■お酒はのみますか
(例：牛乳で下痢をする) いいえ・はい	(例：1日15本×20年)	(例：ビール500ml×2本/日)

■現在飲んでいる薬をお知らせください	
<ul style="list-style-type: none"> <li>他院でもらった短期の薬（病院名： ) 日から 日までの 日分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>他院でもらった長期の薬（病院名： )</li> </ul>

\* お薬手帳をお見せくださればこちらで記入します。

診察前問診票 日付 \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

(上記はスタッフが記入します)

お名前 \_\_\_\_\_

前回受診後の症状をお知らせ下さい。


### 記入例

(例1) 大分良くなった。 (例2) 変わりなし。

(例3) のどの痛みは良くなったが、2日前より、せきがひどくなった。

(例4) 薬を飲んで2月5日から下痢になった。

前回受診された箇所以外で新しく症状はありますか？


### 記入例

(例1) 3日前より耳がつまった感じがする。 (例2) 1月15日より、のどが痛い。

診察前問診票 日付 \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

(上記はスタッフが記入します)

お名前 \_\_\_\_\_

前回受診後の症状をお知らせ下さい。


### 記入例

(例1) 大分良くなった。 (例2) 変わりなし。

(例3) のどの痛みは良くなったが、2日前より、せきがひどくなった。

(例4) 薬を飲んで2月5日から下痢になった。

前回受診された箇所以外で新しく症状はありますか？


### 記入例

(例1) 3日前より耳がつまった感じがする。 (例2) 1月15日より、のどが痛い。

診察前問診票 日付 \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

(上記はスタッフが記入します)

お名前 \_\_\_\_\_

前回受診後の症状をお知らせ下さい。


### 記入例

(例1) 大分良くなった。 (例2) 変わりなし。

(例3) のどの痛みは良くなったが、2日前より、せきがひどくなった。

(例4) 薬を飲んで2月5日から下痢になった。

前回受診された箇所以外で新しく症状はありますか？


### 記入例

(例1) 3日前より耳がつまった感じがする。 (例2) 1月15日より、のどが痛い。