

# 問診票

この問診表は、診察する上で大切な資料となります。わかる範囲で詳しくおしえてください。

ふりがな	男 ・ 女	生年月日 明 大 昭 平 年 月 日 才	ご住所 〒	—
お名前		体重 ( ) kg 身長 ( ) cm		
TEL	( )	携帯	( )	

病院  
使用  
欄

病院  
使用  
欄

病院  
使用  
欄

病院  
使用  
欄

病院  
使用  
欄

病院  
使用  
欄

病院  
使用  
欄

**(1) どうなさいましたか？具体的にお書きください。**

- 耳 ( )
- 鼻 ( )
- のど ( )
- その他 ( )

**(2) ぜんそく・アトピー性皮膚炎などのアレルギーはありますか？**

- ・いいえ
- ・はい⇒病名 ( )

**(3) 薬でじんましんが出るなど具合が悪くなったことがありますか？**

- ・いいえ
- ・はい⇒症状 ( )

**(4) 今までにかかった大きな病気、現在治療中の病気を教えてください。**

( ) ( )

**(5) 現在飲んでいる薬はありますか？**

- ・いいえ
- ・はい⇒お薬の名前 ( )

**(6) 女性の方に伺います。現在妊娠、もしくは授乳されていますか？**

妊娠：・いいえ      ・はい      ・可能性がある

授乳：・いいえ      ・はい

**(7) あなたの状態を教えてください。**

- ・タバコ ( ) 本/日
- ・お酒を ( 毎日飲む      週に2、3回      飲まない)

**(8) 特に希望されること、またこれまでの治療での疑問点・不満点があればお教えてください。**

**(9) 当院をお知りになったきっかけは？(複数回答可)**

- ① ご紹介 ( ご家族様      ご友人      様 )
- ② 近所・通りがかり      ③ クリニックビルの他科に通っていたのがきっかけで
- ④ 看板を見て ( どの看板ですか？      ・クリニックの前の看板      ・駅の看板 )
- ⑤ 電話帳      ⑥ ホームページ
- ⑦ その他 ( )

ご記入おつかれさまでした