

保険証 預 返
薬手帳 預 返
その他 預 返

問診票

頭書・保確認 No. _____

ID. _____

フリガナ

氏名 _____ 女・男 _____ 年齢 _____ 歳

生年月日 _____ 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____

1. 今日はどうなさいましたか？
当てはまる症状に○をつけてください。

1. ・鼻水（透明・白色・黄色・緑色）
- ・鼻づまり（両・右・左）
 - ・鼻血（両・右・左）
 - ・くしゃみ
 - ・咳（痰絡む・痰絡まない）
 - ・喉の痛み（食事可・食事不可）
 - ・頭痛（額・頭）
 - ・耳痛（両・右・左）
 - ・耳の痒み（両・右・左）
 - ・聞こえにくい（両・右・左）
 - ・耳鳴（両・右・左）
 - ・耳あか（両・右・左）
 - ・めまい
 - ・その他（ _____ ）

2. その症状はいつからですか？

2. (_____)

3. その症状でほかの医療機関で診てもらいましたか？

3. ・いいえ ・はい

医療機関名 (_____)

診断名・治療内容 (_____)

4. 現在かかっている病気はありますか？

4. ・喘息・糖尿病・高血圧・肝炎・胃潰瘍
・首の病気・その他 (_____)

5. 今までの大きな病気をにかかったり
手術を受けたことはありますか？

5. ・いいえ ・はい
(_____)

6. 今まで飲み薬、塗り薬、注射、食べ物で
体に合わなかったことはありますか？

6. ・ない ・ある
(具体的に _____)

7. 女性の方にお伺いします。

7. ・いいえ ・はい (妊娠 _____ 週 _____ ヶ月)
・いいえ ・はい

妊娠中ですか？

授乳中ですか？

8. 1日にたばこは何本吸いますか？
何年間吸いましたか？

8. 約 _____ 本 / 約 _____ 年

9. 1日に酒類はどのくらい飲みますか？

9. ・毎日 _____ を _____ 本位
・機会飲酒

10. 15歳以下の方

10. 体重 _____ kg