

年 月 日

問診票

医療法人社団 仁桜会

診察を円滑にするためにすべてご記入ください。個人情報保護法に基づき個人情報は診療以外に使用しません。

ふりがな		男	大・昭・平・令		年	月	日生
お名前		女	年齢	才	職業		
ご住所	〒	—	ご自宅の電話番号			—	—
			携帯電話番号			—	—
体重 ※お薬の量に関係します。		kg	体温	°C	お薬手帳 あり ・ なし		
処置の正式名称や保険点数などを記載した『明細書』はご希望されますか？⇒ いいえ ・ はい ※明細書は資源削減の観点から希望者のみに発行しております							
女性の方のみ 妊娠していない ・ 妊娠している⇒ (妊娠 週目) ・ 現在授乳中							

① 本日はどのような症状、目的でご受診されましたか？

この症状はいつ頃から出ていますか？必ずご記入ください⇒ ()

耳 (両・右・左) (耳掃除希望 かゆい 痛い 聞こえが悪い 耳だれ 耳鳴「 」 めまい)

鼻 (両・右・左) (透明鼻水 黄色鼻水 痛い 鼻がつまる 鼻血 嫌な臭いがする 匂いが分からない)

喉 (両・右・左) (違和感 痰が絡む 痛い イガイガする 飲み込みにくい 息苦しい 声が枯れる)

その他(具体的にお書きください)

② 現在治療中の病気、過去に1度でも治療した病気、手術歴のある病気があれば○をしてください。

中耳炎 外耳炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎 扁桃炎 めまい 耳鳴 高血圧 喘息 糖尿病
 アトピー性皮膚炎 鬱病 前立腺肥大 白内障 緑内障 肝炎(B型・C型) 腎臓病 心臓病 HIV
 新型コロナウイルス感染症(年 月 日)
 その他 ()

③ 現在飲んでいるお薬はありますか？⇒ ない ・ ある

薬の名前 ()
 医療機関名 ()

④ 花粉や食べ物などのアレルギー、または使用して具合が悪くなった薬があれば記入してください。

ない ・ ある ()

⑤ **(お子様のみ)** 処方される薬の希望形状はありますか？ ※シロップは4歳までです

粉薬 シロップ 錠剤 特になし

⑥ 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

ウェブサイトの検索(Google Yahoo! その他) 知人からの紹介 通りがかり 看板 広告

⑦ 駐車場の利用状況を調べるために、ご来院の交通手段を教えてください

自動車 電車 バス 自転車 徒歩 バイク 送迎