問　診　表

お名前 ふ　り　が　な	固定電話	年齢	性別
	携帯電話		○男　○女

1.どのような症状があって受診されましたか。あてはまるものに**まる**をつけてください

耳　　聞こえにくい（　左　、右　）　耳鳴り　（　左　、右　）
耳が痛い　（　左　、右　）　耳がつまる感じ（　左　、右　）
耳だれ　（　左　、右　）　耳がかゆい　（　左　、右　）

鼻　　鼻づまり　鼻水　くしゃみ　ほほの痛み　においがわかりにくい
鼻の中が痛い　鼻の中がかゆい　鼻血（　左　、右　）

口・のど　のどが痛い　のみこみにくい　声がかすれる　のどの違和感が続く
舌が痛い　口の中が痛い　つばのでが悪い　味がおかしい
できものができている

頚部（くび）　くびがはれている　くびが痛い

ほかの症状　発熱　頭痛　せき　たん　めまい　眼のかゆみ
これ以外の症状があれば記入してください。
（　　）

これまでに以下の病気になったことがありませんか。
高血圧　糖尿病　がん　気管支喘息　心筋梗塞　不整脈　脳梗塞　結核　肝炎　緑内障
この他に**何か大きな病気**をされたことがありますか。あれば記入してください
（　　）

2.これまで注射やくすりをのんで気分が悪くなったり、じんましんがでたり
調子が悪くなったことはありませんか。　（　**あ　り**　な　し　）

3.女性の方にお聞きします。現在妊娠中である。または妊娠の可能性はありませんか
（　**あ　り**　な　し　）

4.女性の方にお聞きします。現在授乳中ではないですか。
（　**授乳中**　な　し　）

5.**現在使用されているくすり**がわかれば以下に記入してください
（　　）

6.**お酒**を飲まれますか（　はい、　いいえ　）。　**タバコ**を吸われますか（　はい、　いいえ　）。

7.当院をどのようにお知りになりましたか。
家族・知人の紹介　電話帳　ホームページ　看板（医院の下、駅）　以前受診したことあり
他院からの紹介

８．医療費明細書の発行を希望されますか。（　はい、　いいえ　）

©志水医院