

問 診 票

下記の該当する箇所に○印または必要な事項を書き込んでください。
分らないところは記入しなくてもかまいません。

①今回の受診の理由となった具合の悪いところはどこですか？

耳（右／左／両）・鼻・のど・その他（ ）

②どういう風に具合が悪いのですか？

（ ）

③それはいつから始まりましたか？

（ ）から

④このために治療を受けていましたか？

（はい・いいえ）・・・（はい）の場合いつごろ（ ）
どこで（ ）

⑤現在飲んでいる薬がありますか？

（はい・いいえ）・・・薬品名（ ）

⑥これまでに体に合わなかった薬がありましたか？

（はい・いいえ）・・・薬品名（ ）
どのように合わなかったですか？（ ）

⑦これまでにした病気に○印、今もある病気に◎印をつけてください。

胃十二指腸潰瘍、糖尿病、高血圧、心臓病、腎臓病、肝機能障害、
肝炎、喘息、アトピー、卵アレルギー、結核、腫瘍、てんかん、
前立腺肥大、緑内障、白内障、蓄膿症、中耳炎、
その他（ ）

⑧その他、何か伝えておきたいことがあれば記入してください。

（ ）

お名前 年齢 歳 中学生以下のみ体重 kg

通院方法（徒歩・自転車・バイク・車・バス・電車・その他 ）

記入したのは・・・（本人・父母・付添い）