

# 【問診票・初診用】

記入日 令和 年 月 日

ID

ふりがな		ご住所 〒 -	
お名前		男	女
明・大・昭・平・令	年齢	自宅電話 ( )	体温
年 月 日生	歳 ヶ月	携帯電話 ( )	°C

現在解熱剤内服 (有・無)

【今日はどうされましたか?】 \*15歳以下のお子様のみ体重をご記入ください。 \_\_\_\_\_ Kg

あてはまる症状に☑チェックを入れてください。

耳 ( 左 ・ 右 )	鼻	のど	その他
<input type="checkbox"/> 耳が痛い <input type="checkbox"/> 耳垂れ <input type="checkbox"/> 耳がかゆい <input type="checkbox"/> 耳垢を取ってほしい <input type="checkbox"/> 音の聞こえが悪い <input type="checkbox"/> 耳がつまる感じがする <input type="checkbox"/> 耳鳴り→どんな音ですか? ( ) <input type="checkbox"/> 異物感がある	<input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 匂いがしない(嗅覚異常) <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 異物感がある <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー検査希望	<input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 声が出しづらい <input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 異物感がある	<input type="checkbox"/> 発熱症状 ( / ~ ) 周囲発熱者 (有・無) <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 首の腫れ <input type="checkbox"/> いびき・無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> コロナ関連検査希望 <input type="checkbox"/> その他 紹介状 (有・無) {

その症状はいつごろからですか?	
今までにかかった病気はありますか?	ない・ある ⇒ある方 ( )
現在治療中の病気はありますか?	ない・ある ⇒ある方 ( )
現在服用している薬はありますか?	ない・ある ⇒分かれば薬名 ( )
食べ物やお薬などにアレルギーはありますか?	ない・ある ⇒ある方 食べ物: ( ) お薬: ( )
後発医薬品 (ジェネリック医薬品) をご希望されますか?	はい ・ どちらでもよい ・ いいえ
【お子様へ】	お薬の剤形の希望 ( 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ カプセル ) 内服可能回数 ⇒ 1日2回 ・ 1日3回
【女性の方へ】	現在妊娠中ですか? はい ( ヶ月 ) ・ いいえ 授乳中ですか? はい ・ いいえ

～紹介状・検査結果等お持ちであればご一緒にお出しく下さい～

\*お薬服用中の方はお薬手帳も一緒にお出しく下さい\*

