

初診受付・問診票

令和 年 月 日

ふりがな お名前	(男 ・ 女)
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

診察券をお持ちの方は、以前と変更がありましたら以下のご記入をお願いします。

住所	〒
電話番号	ご自宅
	携帯

体重 (小児のみ)	kg	体温 (風邪症状の方)	°C
--------------	----	----------------	----

希望される薬の形状 (小児のみ)	錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ
------------------	----------------

1. 本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？ (症状に○をつけて下さい。)

耳	(右 ・ 左 ・ 両側) 痛い かゆい 耳垂れ 耳が腫れている 耳あか 聞こえにくい 耳がつまった感じ 耳鳴り
鼻	鼻汁 (透明 ・ 色つき) 鼻づまり くしゃみ 鼻に何かできている 臭いがしない 鼻血
のど	のどが痛い のどが腫れている 声が嘎れる のどの違和感 セキが出る タンが絡む 口内炎
その他	めまいがする (グルグル回る ・ フワフワする) 首が腫れている

その他の症状がありましたら記載して下さい

2. その症状はいつ頃からありますか？

3. 今回の症状について、他の病院で治療は受けていますか？

いいえ ・ はい (_____ 病院 処方内容: _____)

4. 毎日飲んでいる薬がありましたら記載して下さい。(お薬手帳がありましたらご提出ください。)

5. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ありましたら記載して下さい。

食べ物 (_____) 薬 (_____)

6. (女性の方のみ) 現在、妊娠の可能性はありますか？または、授乳されていますか？

妊娠: いいえ ・ わからない ・ はい 授乳: している していない