

問診票

年 月 日

No.	保
大船	問
インフル	〒

フリガナ		性	男	生年月日	大正・昭和・平成
氏名		別	女		年 月 日 (才)
住所 〒 -					
電話番号 () - 携帯電話 () -					
今までに当クリニックを受診したことがありますか			1. ない 2. ある		
熱がある			℃	体重 kg	
具 合 の 悪 い 症 状 に ○ (特 に 重 い 症 状 に ◎)	耳 (右、左、両方)		鼻 (右、左、両方)		のど・くび (右、真ん中、左)
	1. 耳痛 2. 耳だれ 3. 耳がかゆい 4. 聞こえが悪い 5. めまい 6. 耳鳴り 7. 耳閉感 8. 聞こえの左右差 9. その他 ()		1. 鼻汁 透明、白色、黄色、緑色 血がまじる 2. 鼻づまり 3. くしゃみ 4. 鼻出血 5. においがわからない 6. その他 ()		1. のどの痛み 2. のどの異物感・違和感 3. 食べ物がつかえる感じ 4. 咳が出る 5. たんが出る 6. 味がわからない・舌のしびれ 7. くびの腫れ・痛み 8. 声がかすれる 9. 声を出しづらい 10. その他 ()
食事は摂れていますか？			1. 摂れている 2. 摂れていない		
いつ頃から (日・時)			その他 : 目やに・目のかゆみ ()		
今の病気で、他で治療を受けましたか		1. 受けていない 2. 受けている (病医院名)			
現在、薬を飲んでいますか		1. いない 2. いる (薬品名)			
今までにかかった病気に○をつけて下さい		特になし・心臓病・腎臓病・結核・糖尿病・高血圧・耳鼻疾患・肝臓病 その他 ()			
アレルギーはありますか		1. ない 2. ある : 薬品名 () 3. 不明 食品名 () その他 ()			
女性の方は妊娠中または、授乳をしていますか		1. いない 2. いる (ヶ月) 3. 授乳中 4. 不明			