

問診票

平成 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 ( )	-								
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 (耳閉感・聞こえの左 右差) 7. 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 ( )			
C-PAP			その他						
いつ頃から (日・時)									
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 ( )	
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	