

問 診 票

ふりがな
お名前

電話 () - 記入日 年 月 日

① どのような症状で 受診されましたか。 (○をご記入ください。)	耳、鼻、のど、せき、めまい 発熱(℃)、花粉症、その他() 症状：
② 今までに次のような病気をしたり、 検査で異常を指摘されたことが ありますか。	1.ある 2.ない 1)アレルギー性鼻炎(花粉症など) 2)喘息 3)高血圧 4)高脂血症 5)胃潰瘍 6)糖尿病 7)緑内障 8)白内障 9)心疾患 10)前立腺肥大 11)脳卒中 12)その他()
③ 他院で治療を受けていますか。	1.はい 2.いいえ
④ 服用中のお薬はありますか。	1 薬を飲んでいる。(外用薬も含む。) 1)病院で処方された薬 2)市販薬 2 薬は飲んでいない。
⑤ 今までに薬、麻酔などで副作用が 出たことはありますか。	1.ある 2.ない 時期、内容：
⑥ 手術を受けたことがありますか。	1.ある 2.ない 時期、内容：
⑦ かぜ薬や鼻炎の薬などで 眠くなったことがありますか。	1.ある 2.ない 1)強い眠気 2)軽い眠気
⑧ タバコをすわれますか。	1.はい 2.いいえ 1日約()本、約()年間
⑨ 飲酒はされますか。(週5日以上)	1.はい 2.いいえ
⑩ 女性の方へ： 妊娠中 もしくは 授乳中ですか。	1)どちらでもない 2)妊娠中(ヶ月) 3)授乳中(お子さん ヶ月) 4)わからない
⑪ その他にご希望などありましたら お書きください。	