

【 問 診 票 】

受診日 年 月 日

℃

※ 熱がある方は、体温計をお渡しします

ふりがな 氏 名	男・女	★12歳以下の方	体重	k g
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)				
住 所 〒				
携帯番号 () -		電 話 () -		

(1) お薬・食べ物などで、アレルギーが出たことはありますか？

☐ ない ☐ ある (☐ 解熱鎮痛剤 ☐ 抗生物質 ☐ 麻酔薬 ☐ 食物アレルギー ☐ その他)

特定のものがかれば記入して下さい()

(2) どこが悪くて来られましたか？

◎ 耳 (右・左・両)

☐ 耳が痛い ☐ 耳鳴り
☐ 耳がかゆい ☐ めまい
☐ 耳だれ ☐ 耳そうじ
☐ 聞こえが悪い

◎ 鼻

☐ 鼻水 ☐ 鼻血
☐ 鼻づまり ☐ におい
☐ くしゃみ ☐ いびき
☐ APC希望 (アルゴンプラズマ凝固法)
☐ 無呼吸検査希望

◎ のど

☐ のどが痛い
☐ せき・たん
☐ 異物感
☐ 声がかすれる

☐ アレルギー検査希望 (日・祝日不可)

☐ 舌下免疫療法希望 (継続・新規 新規の方は検査が必要です。)

☐ 30分抗原検査
☐ 1分検査 熱 ℃
☐ 30分1分検査両方
☐ 検査希望なし・他院で検査済

(3) いつ頃からですか？

今日 ・ 日前 ・ ケ月前 ・ 年以上前 ・ わからない

(4) 現在、薬を飲んでいますか？ ☐ はい ☐ いいえ

他院から処方されているすべての薬 ()

☆お薬手帳をお持ちでしたら、お出し下さい。

(5) 今までに次の病気や治療をしたことがありますか？

☐ ある ☐ ない

☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 胃 ☐ 緑内障 ☐ 白内障

手術を受けたことがあれば記入してください。()

(6) 女性の方へ・・・現在、妊娠していますか？

☐ いる ケ月 ☐ いない ☐ よくわからない ☐ 授乳中

★当院を何でお知りになりましたか？ (複数可)

☐ ネット・ホームページ ☐ 家族が通院・受診 ☐ 知人から紹介
☐ 他の医療機関から紹介 ☐ 三島中央病院から ☐ サイクリックから
☐ 看板・広告を見て ☐ 通りすがり (買い物中) ☐ その他 ()