

問診票 (問診は大事な診察の一部です。必ずお書き下さい。)

必ず体重をお書き下さい。

ふりがな		男	大正・昭和・平成・令和	体温	℃
氏名		女	年 月 日生 (才 ヶ月)	体重	kg
住所	〒			電話番号	

■ 本日のご相談内容に○を付けてください。

主な症状はいつから () から

耳 右・左	聞こえにくい、痛い、かゆい、耳あか(耳掃除 回/週・月) 耳から汁が出る、ふさがった感じ、耳鳴り、めまい
鼻	鼻づまり、鼻水(水っぱな、ねばねば)、くしゃみ 鼻汁がのどに落ちてくる、頬が痛い(右・左・両)、 鼻血(左・右)、臭い・味しない、その他_____
	アレルギー性鼻炎(花粉症・年中)、目が痒い(コンタクト有・無)
口・のど 舌・首	痛い、タン、セキ、声が(かれる・出にくい)、飲み込みにくい のどの違和感、いびき、睡眠時無呼吸、 腫れ(のど・首)、呼吸が苦しい、その他_____
その他	頭痛、熱発(℃)、吐き気、腹痛・下痢など()

■ サンプルです

■ 印刷せずに来院後に

■ 渡される問診票を

■ ご利用下さい。

()



★会計時の『病気の内容、通院日や内服などに関する質問』はご遠慮下さい★