

年 月 日

# 問診票

医療法人 仁桜会

診察を円滑にするため全てご記載ください。個人情報保護法に基づき個人情報は診療以外に使用しません。

ふりがな		男	大・昭・平・令	年	月	日生
お名前		女				
			年齢	才	職業	
ご住所	〒	—			ご自宅の電話番号	— —
					携帯電話番号	— —
体重	*お子様は必ずご記載下さい		kg	体温	°C	お薬手帳 あり ・ なし
処置の正式名称や保険点数などを記載した『明細書』をご希望しますか? ⇒ はい ・ いいえ *明細書は希望者のみに発行しています						
女性の方 妊娠していない ・ 妊娠している ⇒ (出産予定日 ) ・ 現在授乳中						

① 本日はどのような症状、目的でご受診なさいましたか？

## 《本日、一番お困りのことを教えてください》

※症状はいつ頃から ( ) ※おおよそでも結構です

鼻 (右・左) (透明鼻汁 黄色鼻汁 鼻詰まり 痛い 鼻血 変な臭いがする 匂いが分からない)  
耳 (右・左) (耳掃除希望 かゆい 痛い 聞こえが悪い 耳だれ 耳鳴 「 」めまい)  
喉 (右・左) (イガイガする 痛い 違和感 痰が絡む 咳 飲み込みづらい 息苦しい 声がれ)

② 現在治療中の病気、過去に1度でも治療した病気、手術歴のある病気があれば○をしてください。

中耳炎 外耳炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎 扁桃炎 めまい 耳鳴 アトピー性皮膚炎  
その他 ( ) 手術歴 ( )

③ 現在飲んでいるお薬はありますか? ⇒ ない ・ ある \*お薬手帳を受付に預けた方は、薬名の記入は不要です

薬の名前 ( )

④ 血縁のご家族に難聴の病気がある方はいますか? ⇒ いない ・ いる (続柄: )

⑤ 花粉や食べ物などのアレルギー、または使用して具合が悪くなった薬があれば記入してください。

ない ・ ある ( )

⑥ キシロカインアレルギー (歯科などでの局所麻酔で体調不良) ⇒ ない ・ ある

⑦ アレルギー検査(採血)のご希望はありますか? ⇒ なし ・ あり

⑧ 10歳以下のお子様に向います。処方される薬の希望形状はありますか? \*シロップは4歳までです

形状希望なし 粉薬 シロップ 錠剤

⑨ 当院をどのような手段でお知りになりましたか?

インターネット ( 公式HP ・ Google検索 ・ Yahoo ・ クチコミなど ) チラシ

通りがかり ( 看板 ・ お近くにお住まい ) 紹介 ( 家族 ・ 知人 ・ 他医院 ・ 薬局 )