

当院に受診していただきありがとうございます。

前回受診から1年以上経った患者さまには、**主に体重や既往歴の確認**のため問診票を書き添えていただいています。
お手数ですがご記入よろしくお願い致します。

お名前	フリガナ			記入日	平成 年 月 日
年齢	歳	体重	kg	お薬の希望剤型	<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> 錠剤

1. 症状はいつからですか

今日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

2. 今日はどうされましたか (□の中に☑をつけてください 複数可)

耳

- 耳が痛い(右・左)
 耳だれが出る(右・左)
 聞こえが悪い(右・左)
 耳がふさがった感じ(右・左)
 耳鳴りがする(右・左)
 耳がかゆい(右・左)
 耳あかを取ってほしい(右・左)

鼻

- 鼻水が出る(黄色・緑色・白色・透明)
 鼻づまり(右・左)
 くしゃみ
 鼻血(右・左)
 においがわからない
 鼻水がのどにおりる

のど

- のどが痛い
 つかえ感、異物感
 声がかすれる
 せき(夜・寝起き・1日中)
 たん(黄色・白色)
 息苦しい
 いびき

その他

- めまい ふらつき 頭痛 頭が重い

熱

- ない ある (体温 _____℃)

上記以外の症状、お気づきになったこと、医師に聞きたいことがあればご遠慮なくお書きください

3. 現在内服中の薬がありますか

- ない ある (お薬手帳や薬の用紙あり(ご提示ください))
薬剤名 _____)

4. 現在かかっている病気や以前にかかったことのある病気はありますか

- ない 喘息 アトピー性皮膚炎 おたふく 花粉症 熱性けいれん

5. 今までに薬や注射・食べ物で、体に異常をおこしたことがありますか

- ない ある 薬剤名(_____)
食品名(_____)

● 保育園・幼稚園・小学校に通園・通学していますか? はい いいえ

● 診察の際、耳、鼻、のど等の画像写真を希望されない方はチェックしてください 希望しない

ご記入ありがとうございました。記載された情報は大切に保管させていただきます。