

体温：℃

【問診票】

ID：

ふりがな

氏名：

性別：男性・女性

電話番号：（ ）

住所：

〒

生年月日 T・S・H・R

年

月

日（

歳

か月）

体重：kg

■本院を受診したことがありますか？ ☒ いいえ ・ ☒ はい （2か月以内・それ以前）

➡ はいに○をつけた方 本院のカルテを閲覧しても良いですか？ ☒ いいえ ・ ☒ はい

＜診察を希望する部位に記入して下さい＞

■鼻・のど症状の方はここに記入（いつから

～・1年中）

発熱（℃） 頭痛 関節痛 倦怠感 味がしない においがしない
鼻水（透明・黄緑色） 鼻づまり くしゃみ のどの痛み のどのイガイガ
鼻がのどにおちる たん 咳（コンコン・ゴホゴホ） 目のかゆみ 鼻がかゆい 頬が痛い
その他（ ）

アレルギーと診断された
ことはありますか？ ☒ いいえ ・ ☒ はい ➡ ダニ・ハウスダスト・スギ ヒノキ
イネ科・動物・その他（ ）

希望される検査や治療
はありますか？ ・アレルギー検査（花粉症・食物アレルギー）
・舌下免疫療法 ・レーザー治療 ・その他（ ）

■みみ症状の方はここに記入（いつから

～・1年中）

（右・左・両）耳が

■めまい・・・（いつから

～・1年中）（初めて・繰り返している・ 回目）

どんな？	いつ？	持続時間	他の症状	その他の症状や他院検査結果
ぐるぐる ふわふわ 意識が遠い	寝返り 起床時 起立時 常に 不規則	数秒 数分 数時間 数日	耳鳴 難聴 耳が詰まる 手足のしびれ ろれつ障害	冷汗、他院MRIで異常なし、など 他院受診（あり・なし）

■その他・・・（いつから

～・1年中）

① お薬や食物でアレルギーはありますか。 ☒ いいえ ・ ☒ はい（ ）

② 現在飲んでいる薬はありますか。 ☒ いいえ ・ ☒ はい ➡ お薬手帳をご提出ください。

（お薬手帳お忘れの方は薬名： ）

③ お薬で眠くなりやすいですか。 ☒ いいえ ・ ☒ はい（薬名： ）

④ 【小児の方へ】 （ 保育園児 ・ 1日2回希望 ・ 錠剤 ・ 甘い粉 ・ 甘い液体）

⑤ 【女性の方へ】 （ 授乳妊娠ともなし ・ 授乳中 ・ 妊娠中 か月 ）

⑥ これまでかかった病気があれば○をつけてください。

前立腺肥大 緑内障 糖尿病 胃かいよう 肝炎（B・C） 精神病（ ）
心臓病 脳梗塞 脳出血 高血圧 高脂血症 腎臓病 透析中 その他（ ）
アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 小児喘息（治療中・経過観察・改善） 喘息（治療中・経過観察・改善）

【来院のきっかけを教えてください】

①当院ホームページ ②通りがかり ③明石城東側ビル看板 ④JR明石駅の階段看板

⑤明石駅ホーム内の看板 ⑥神姫バスアナウンス ⑦2号線道路看板 ⑧他院紹介（ ）より）

⑨知人からの紹介（差し支えなければ： ）様）⑩その他（ ）