

問診表

記入日 年 月 日

氏名		生年月日	大・昭・平	年	月	日	体重		kg
----	--	------	-------	---	---	---	----	--	----

1 具合の悪いところはどこですか？

右耳 左耳 鼻 のど くび その他

症状をお書きください

2 その症状はいつからですか？ → ()

3 この件について、他の医療機関を受診されましたか？ → (はい ・ いいえ)

医療機関名 () 病院 ・ 医院)

4 上記以外に現在治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

何の病気ですか 1 () 2 () 3 ()

5 現在、飲んでいる薬がありますか？ (ある ・ ない)

●あるの方、薬名をご記入、またはお薬手帳をご提示ください

→ ()

6 今までに、薬や注射で副作用が出たことがありますか？ アレルギー、ショックなど

(はい ・ いいえ) → **はいの場合、薬名** ()

7 過去に大きな病気にかかったり、手術を受けたことは？ (ある ・ ない)

いつ頃 () 病名 () 手術名 ()

8 ぜんそくがありますか？ (現在もあり ない 過去にあったが今はない)

9 たばこはすいますか？ (はい ・ いいえ)

はい、の方 (1日 本× 年間) (以前すっていたが 年前でやめた)

10 お酒は飲まれますか？ (かなり飲む 毎日飲む たまに飲む 飲まない)

◎女性の方への質問

① 現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ ・ 可能性はある)

② 現在、授乳中ですか (はい ・ いいえ)

☆お子様への質問

① たまごアレルギー (特に卵白) はありますか？ (ある ・ ない)

② 熱性けいれんの経験はありますか？ (ある ・ ない)