問　診　表

令和　　年　　月　　日

ふりがな				
氏　　名				
体温：　　℃	体重：　　kg	血圧：　　／	タバコ：吸う（１日＿＿＿本＿＿＿年）・吸わない	
		脈拍：	お酒：飲む（１日＿＿＿　＿＿＿年）・飲まない	

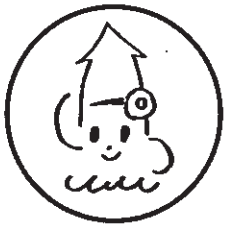
1．どこが悪くていらっしゃいましたか？（○をつけてください）
　耳 ・ 鼻 ・ のど ・ くちの中 ・ 声 ・ 言葉 ・ めまい ・ くび ・ 顔
　その他〔　　〕

2．それはいつ頃から、どのような症状ですか？簡単に書いてください。

3．今までに薬によるアレルギー（発疹や他の症状）をおこしたことがありますか？
　なし ・ ある〔薬の名前：　　〕

4．今までに入院したり、手術を受けたり、治療したことがある病気はありますか？
　なし ・ ある〔病名：　　〕

5．現在、他科、他院に受診していますか？
　ない ・ ある〔病名：　　〕

6．お薬手帳がある方は出してください。
　忘れた方はわかる範囲で飲んでいるお薬を記入してください。　　〕
　お薬の名前：

7．女性の方へ
　現在、妊娠していますか？
　いない ・ いる〔妊娠第　　週〕