

# 問診票（新規患者）

この問診表は、診察する上で大切な資料となります。わかる範囲で詳しくおしえてください。

ふりがな お名前	性別 男 女	生年月日 明 大 昭 平 年 月 日 才	ご住所 〒 ー	TEL
				携帯

今日（ 月 日）はどこがどのように悪くて、来られましたか？ 小児の体重（ ）kg 体温（ ）℃

下記項目で該当する症状に○印をおつけください。※その他症状があればお書きください。（ ）

耳（ 右 ・ 左 ・ 両 ）	鼻	のど
・耳が痛い ・耳アカ ・耳だれ ・聞こえにくい ・耳鳴りがする ・耳がつまる感じがする ・めまい	・鼻づまり ・鼻水 ・色のついた鼻汁 ・くしゃみ ・鼻水がのどに流れる ・鼻血（ 右 ・ 左 ）	・のどが痛い ・声がかれる ・せき ・たん ・のどがつまる ・異物感がある

・いつ頃からですか？（ 年 月 日から）

現在、他の病院へ通院していますか？ ・はい ・いいえ

・病院名：\_\_\_\_\_ ※該当する科に○印をおつけください。

（ 内科 循環器科 外科 脳外科 眼科 耳鼻科 小児科 神経内科 整形外科 皮膚科 歯科 産婦人科 ）

・病名：\_\_\_\_\_

現在、お薬を服用していますか？ ・はい ・いいえ（お薬手帳をお持ちの方はお渡し下されば結構です。）

・分かる範囲でお書きください。（ ）

今まで大きな病気にかかった事がありますか？ ・はい ・いいえ

どのような病気ですか？ ※該当する症状に○印をおつけください。

・既往歴：高血圧 心臓病 糖尿病 脳梗塞 喘息 湿疹 じんましん 緑内障 高脂血症 肝・腎・心疾患

・その他（ ）

注射やお薬で気分が悪くなったり、じんましんが出た事がありますか？ ・はい ・いいえ

※はいの方のみお答えください。それは注射ですか？お薬ですか？ ・注射で（ ） ・お薬で（ ）

食べ物のアレルギーはありますか？ ・はい ・いいえ

※はいの方のみお答えください。どのような食べ物ですか？（ ）

あなたの嗜好状態を教えてください。 ・お酒（ ） /日 ・タバコ（ ）本 /日

※女性の方のみ。妊娠していますか？ ・はい（ ）週 ・いいえ ・可能性あり

授乳中ですか？ ・はい（ ）ヵ月 ・いいえ

当院をお知りになったきっかけは？（複数回答可）

- ① ご紹介（家族・友人・知人、家族が通っている）
- ② 近所・通りがかり
- ③ 新規開院のチラシを見て
- ④ 看板（・電柱）
- ⑤ 当院ホームページ
- ⑥ 当院ホームページ以外
- ⑦ その他（ ）