

問 診 表

平成 年 月 日

ふりがな					
氏 名					
体温：	℃	体重：	kg	血压： /	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、飲んでいる薬がありますか？
なし ・ ある〔薬の名前： _____ 〕
6. 現在、他科、他院に受診していますか？
ない ・ ある〔病名： _____ 〕
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〕

