



【問診票】

記入日： 年 月 日

ID NO.	入力	受付票NO.

ふりがな		ご住所〒		メール		@	
お名前		男		女			
明・大・昭・平・令		年齢		自宅電話 ()		体重	
年 月 日生		歳		携帯電話 ()		() kg	

【今日はどうされましたか？】 ご職業 医療従事者 体温 ()℃

耳 (右 ・ 左)	鼻	のど
<ul style="list-style-type: none"> 耳掃除希望 耳痛 耳がかゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳鳴り めまい 耳がつまる感じ 耳の下が腫れている 首が腫れている 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻すい希望 (あり・なし) 鼻づまり 鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色) くしゃみ 鼻水がのどに流れる 鼻血 (右・左) 匂いがしない アレルギー性鼻炎の手術希望 アレルギー検査希望 	<ul style="list-style-type: none"> のどが痛い 声がかれる 声を出しにくい 咳・たん のどが詰まる感じ のどの違和感 息が苦しい いびき・睡眠時無呼吸

※発熱がある方は受付にお知らせください

【いつ頃から症状がでましたか？】	本日 ・ 昨日 ・ () 日前 ・ () 週間前 ・ () ヶ月前から	
【その他症状があればお書き下さい】		
【他の病院でかかっている病気があれば病名を教えてください】	なし ・ あり	病院名： _____
	高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 肝臓病 () 腎臓病 ()	脳梗塞 喘息 胃潰瘍 緑内障 前立腺肥大 その他 ()
【現在、服用中の薬はありますか？】	なし ・ あり⇒	<ありの方> 薬の名前
☆投薬中の方は、診察時お薬手帳を医師へご提出ください。		
【今まで歯科の治療で具合が悪くなったことはありますか？】	なし ・ あり	
【アレルギーの病気または、食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください】	なし ・ あり⇒	<ありの方> アレルギー： 合わなかった薬・食べ物の名前と状態：
【嗜好品についてお尋ねします】	() 年前から	喫煙歴 () 本/日
	() 年前から	飲酒歴 () を () 杯/日
【女性の方へ】	現在、妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい ヶ月・不明)	
	授乳中	
【ご来院のきっかけについてお尋ねします】	・ 家の近く ・ 会社・学校の近く ・ インターネット ・ 駅看板(三宮駅、西灘駅) ・ ビル看板 ・ パンフレット ・ 新聞雑誌記事 ・ ご家族からの紹介 ・ 知人からの紹介 病院からの紹介 ご紹介者お名前() 病院名()	

おくすりについてお伺いいたします

☆できるだけ抗生剤は使いたくない はい いいえ
 ☆ご希望のお薬があれば教えてください 粉 シロップ 錠剤

お薬手帳	
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
アレルギー	
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
1か月毎6歳以下体重	
<input type="checkbox"/> 入力済	

入力者

--