

# 問診票

受診日 20 年 月 日

ふりがな お名前	(男・女)	年齢	(歳 ヶ月)
-------------	-------	----	-----------

体重 (小児)	kg	体温 (風邪症状の方)	°C
------------	----	----------------	----

希望される薬の形状 (小児)	錠剤	・	粉薬	・	シロップ
----------------	----	---	----	---	------

1. 本日はどのようなことでいらっしゃいましたか? (症状に○をつけて下さい。)

耳	(右・左・両側) 痛い      かゆい      耳垂れ      耳あか      耳が腫れている 聞こえにくい      耳がつまった感じ      耳鳴り
鼻	鼻汁 (透明・色つき)      鼻づまり      くしゃみ 鼻に何かできている      臭いがしない      鼻血
のど	のどが痛い      のどが腫れている      声が嗄れる      のどの違和感 セキが出る      タンが絡む      口内炎
その他	めまいがする (グルグル回る      フワフワする)      首が腫れている

その他の症状がありましたら記載して下さい。

2. その症状はいつ頃からありますか?
3. 今回の症状について、他の病院で治療は受けていますか?
- いいえ      はい ( \_\_\_\_\_ 病院      処方内容 : \_\_\_\_\_ )
4. 毎日飲んでいる薬がありましたら記載して下さい。(お薬手帳がありましたらご提出ください。)
5. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか?ありましたら記載して下さい。  
食べ物 ( \_\_\_\_\_ )      薬 ( \_\_\_\_\_ )
6. (女性の方のみ) 現在、妊娠の可能性はありますか?または、授乳されていますか?  
いいえ      わからない      はい ( \_\_\_\_\_ )      週目 (予定日      月      日))  
授乳している      授乳していない