

初診問診表 ☆お子様は、必ず体重を記載して下さい

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日			
氏名			明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)			
住所	〒 -					
電話番号	()	体温:	℃	☆体重	kg	

◎女性の方に伺います。現在妊娠していますか？ (はい・いいえ) [妊娠第 週]
現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

耳 どちらが → 右 ・ 左 ・ 両方
痛い かゆい 耳なり 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ 耳そうじ希望
出血がある いつから ()

鼻 どちらが → 右 ・ 左 ・ 両方
痛い かゆい 鼻づまり 鼻汁が出る (色がついている ・ 水っぽい) くしゃみ
顔が痛い (おでこ ・ ほほ ・ 眼と眼の間) においがしない 鼻血が出る
その他: _____
いつから ()

のど くち いつから ()
痛い せき (痰がらみ・乾いた) たん いがらっぽい 声がかれる 異物感
味がわからない 口の中が乾く 食事摂れて (いる ・ いない ・ 水分のみ)
その他 _____

上記以外の症状 いつから ()
どんな症状ですか？
()

- 現在、他の病院に通院していますか？
いいえ ・ はい [病名: _____ 病院名: _____]
- 現在、飲んでいるお薬はありますか？お薬手帳があれば受付に渡して下さい。
なし ・ あり [お薬の名前: _____]
- 今までに薬によるアレルギーを起こしたことはありますか？
なし ・ あり [お薬の名前: _____]
- 食べ物等のアレルギーはありますか？
なし ・ あり [名 称: _____]
- お薬の希望はありますか？ [シロップ ・ 粉 ・ つぶ ・ 希望無し]
- 漢方は苦手ですか？ [はい・いいえ ・ 服用したことがないのでわからない]

● たばこを [吸う ・ 吸わない]
何歳から喫煙していますか？ () 歳
1日の喫煙本数 () 本
禁煙を考えていますか？ (はい ・ いいえ ・ 検討中)