

1 カルテ番号

シメイ

氏名 _____ 男・女

〒 _____ 住所

TEL _____

生年月日：T・S・H 年 月 日 (歳)

★本日の来院目的はを記載してください。

*発熱 () 日前は (°C)

①現在の体温は (°C) ②平熱である

耳

耳あかをとってほしい

(右・左・両) 耳がかゆい 月 日から

(右・左・両) 耳の聞こえが悪い 月 日から

(右・左・両) 耳鳴りがする 月 日から

(右・左・両) 耳がつまる 月 日から

(右・左・両) 耳が痛い 月 日から

(右・左・両) 耳垂れが出る 月 日から

上記の症状以外は下記に記入して下さい

()

鼻

(右・左・両) 鼻が詰まる 月 日から

鼻水が多い 鼻水の色(黄色・緑・透明)

(右・左・両) 鼻血が出た 月 日から

(右・左・両) 鼻に異物が入った

(右・左・両) 顔が痛い・しびれる 月 日から

におい・味がわかりにくい

上記の症状以外は下記に記入して下さい

()

◎現在治療中の疾患 (あり・なし)

* ありの場合下記に詳しく

() 病院 () 科

疾患名 ()

● 過去に治療した疾患や受けた手術(あり・なし)

* ありの場合下記に詳しく

()

◎現在飲んでいる薬 (あり・なし)

()

* お薬手帳 (あり・なし)

問 診 票

のど

のどが痛い 月 日から

呼吸がしにくい 月 日から

飲み込みにくい 月 日から

のどが詰まる 月 日から

声がかれる 月 日から

咳が多い 月 日から

痰が多い 月 日から

その他

めまいがする 月 日から

顔面が麻痺している 月 日から

(右・左・両)

口の中のできもの 月 日から

(.....)

アレルギー体質と言われたことがありますか

(はい・いいえ)

* 種類は?

(.....)

アレルギー検査はしたことありますか (はい・いいえ)

タバコ 吸わない・吸う(1日 本)

お酒 飲まない・飲む(1日 ml)

◎女性の方へ

現在妊娠中ですか? (はい・いいえ)

授乳中ですか? (はい・いいえ)

小児の方へ (体重 kg)

飲めないタイプの薬がありますか?

錠剤 カプセル 粉末

水薬 何でも飲める

※当医院を何でお知りになりましたか?

チラシ・口コミ情報

看板(電柱広告・当ビル・駅)

ホームページ その他()

その他()

お薬手帳持参の方は、受付でご提示をお願いします。