

問 診 票

当院を受診されたことはありますか？ ある ない

(ふりがな) 昭和  
お名前 男 平成 年 月 日  
女 令和

住所 〒 —

電話 ( ) — 携帯電話 —

ご紹介者 体重 (15歳以下の方) kg

飲めない薬の形状に×を カプセル 錠剤 シロップ 粉薬

本日みてほしいところはどこですか？ いつから、どのような症状ですか？  
耳 鼻 のど その他 ( )

今までにかかった病気、治療を受けている病気はありますか？

ない ある 高血圧 心疾患 糖尿病 緑内障 前立腺肥大  
ぜんそく アトピー性皮膚炎 肝炎 ( 型)  
その他 ( )

他の病院でもらっているお薬はありますか？ 今、お薬手帳をお持ちですか？  
ない ある (薬の名前 )

お薬で副作用が出たことはありますか？  
ない ある (薬の名前・症状 )

新型コロナワクチンを最後に接種したのはいつ頃ですか？  
( 年 月に 1回目 2回目 3回目 接種していない )

その他になにか話しておきたいことがお書きください。  
( )