

問診票

(スムーズな診察のために**お薬手帳**をお持ちの場合は**ご提出下さい**。)

氏名		才	体重 kg		才	体重 kg
----	--	---	----------	--	---	----------

1.①前回診察の続き(概ね1か月以内)の方

どこ	みみ・はな・のど・かお・その他 ()	みみ・はな・のど・かお・その他 ()
前回治療の 効果はどう ですか？		
残っている 症状や困っ ている事 は？		

②新しい症状で受診の方

今日はどのような症状を診てもらいたいですか？

いつから										
どんな症状	耳 (右 ・ 左)		鼻	のど	ねっ	耳 (右 ・ 左)		鼻	のど	ねっ
	・痛い	・耳掃除	・鼻水	・痛い	°C	・痛い	・耳掃除	・鼻水	・痛い	°C
	・痒い	・中耳炎	・鼻づまり	・咳		・痒い	・中耳炎	・鼻づまり	・咳	
	・耳垂れ	の経過	・くしゃみ	・たん	・耳垂れ	の経過	・くしゃみ	・たん		
・耳を触る		・鼻血		・耳を触る		・鼻血				

2.処方希望

3.解熱鎮痛薬

4.内服中の薬

5.薬の副作用

錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ	錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ
不要 ・ 必要(錠剤 ・ 散剤 ・ 座薬)	不要 ・ 必要(錠剤 ・ 散剤 ・ 座薬)
gtyg	なし・あり (薬名： 症状：)