

# 問診票

受診日 年 月 日

● (フリガナ) ( 男性 ・ 女性 )  
● 氏名 身長 cm 体重 kg  
● 生年月日 (西暦) 年 月 日 年齢 歳  
● 未成年者の場合は保護者氏名 ( )  
● 郵便番号 (〒 — ) ★ TEL.(携帯) — —  
● 現住所 \_\_\_\_\_

● 本日はどのような症状で受診されましたか。

● 下記検査のご希望があれば○で囲んで下さい。  
聴力検査、アレルギー検査 (採血)、めまいの検査、耳管機能検査、睡眠時無呼吸の検査、その他 ( )

● お薬のご希望について、①～③の当てはまるものに○をつけてください。

① ・先発品希望 ・後発品 (ジェネリック) 希望 ・どちらでも良い

② ・眠気のない薬を希望 ・眠気があっても効果を優先

(※効果があっても眠気が少ない薬剤は、多くが先発品となります。)

③ 通勤や仕事で車・バイクの運転をしますか。(する・しない)

● 既往歴 悪性疾患・高血圧・糖尿病・喘息・不整脈・肝炎・胃炎・胃潰瘍

手術歴/入院歴

服用中の薬：常用薬

頓服薬

抗凝固薬の内服 ある・ない

● 薬剤や食品のアレルギーがある方は、具体的に記載してください。

● 生活習慣などについて当てはまるものをご記入ください。

・喫煙 本/日 × 年

・飲酒 毎日/週 回程度/機会があれば/全く飲まない

・妊娠中 (妊娠 週) ・授乳中 ( 歳 ヶ月)

● 当院を受診したきっかけを教えてください。

家が近所である・家族/知人から・EPARK で検索・Google 検索・地図検索

● 他に何かございましたら、以下にご記入下さい。