

再来 問診票

ふりがな	歳	(子供のみ)体重	kg
お名前			

現在の体温(℃)

耳	鼻	のど
<input type="checkbox"/> 痛い (右・左)	<input type="checkbox"/> つまる	<input type="checkbox"/> 痛い
<input type="checkbox"/> 耳だれ (右・左)	<input type="checkbox"/> よく出る	<input type="checkbox"/> つまる
<input type="checkbox"/> 聞こえにくい (右・左)	<input type="checkbox"/> くしゃみ	<input type="checkbox"/> 扁桃が悪い
<input type="checkbox"/> つまる (右・左)	<input type="checkbox"/> 頭が痛い(重い)	<input type="checkbox"/> くちの中が痛い
<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> ニオイがよく分からない	<input type="checkbox"/> 舌があげている
<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする (右・左)	<input type="checkbox"/> 鼻血 (右・左)	<input type="checkbox"/> 声が出しにくい
<input type="checkbox"/> 耳掃除希望	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> せき
<input type="checkbox"/> 中耳炎が心配		<input type="checkbox"/> たん
日前から	日前から	日前から

※他院でお薬の処方がある方は記入。 ※上記以外の症状、また医師に伝えておきたい事記入。

お薬手帳などでも可