

診察申し込み書

令和 年 月 日

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 〒

(ふりがな)

住 所

電話番号

名前 (男・女)

携帯番号

15歳未満の方：体重 kg

あてはまる症状に○印をつけて下さい

① 耳 (右)	痛い ・ 耳だれ ・ 聞こえにくい ・ 耳鳴り
(左)	その他 ()
② 鼻	つまる ・ 鼻水 ・ におい ・ 鼻血
	その他 ()
③ のど	のどが痛い ・ 声がかれる ・ 咳 たん
	その他 ()
④ その他	熱がある (度 分) ・ めまいがする ・ いびき
	飲みこみが悪い ・ その他 ()

●先生にお伝えしたい事がある方は、ご記入下さい

●最近、耳鼻咽喉科を受診した事がありますか・・・ある(耳・鼻・のど)・ない・不明
病名

●現在、治療中の病気がありますか・・・(ある・ない) 病名

●現在、内服中の薬は、ありますか・・・(ある・ない) 薬剤名

●以前に大きな病気にかかったり、手術を受けた事がありますか・・・(ある・ない)
病名

●注射やのみぐすりで、気分が悪くなったり、ショックをおこしたことがありますか
(ある・ない) 薬剤名

●食物(卵、牛乳、サバ等)で、じんましんがでたことがありますか・・・(ある・ない)

●今までに医師よりアレルギー体質(喘息、アトピー、花粉症等)といわれた事がありますか
(ある・ない)

●タバコ(すう・すわない) 本/日 お酒(のむ・のまない) 合/日

●女性の方にお聞きします 妊娠の可能性は (ある・ない)
授乳中ですか (はい・いいえ)

(以下は、初めて来院された方のみご記入下さい)

■当院に来院されたきっかけをお知らせ下さい(○はいくつでも)

1.インターネットで見つけた	2.家族や知人が受診	3.他の医療機関から紹介
4.看板・広告	5.その他 ()	