

診 察 申 込 書

この問診表は、診察する上で大切な資料となります。

来院日 年 月 日

ふりがな	男	生年月日	ご住所 〒	—	—	—	15歳未満
お名前	・	明 大 昭 平 令					体重
	女	年 月 日 歳					() Kg
TEL	—	—	携帯	—	—	—	

[今日はどこがどのように悪くて、来られましたか?]

下記項目で該当する症状に○印をおつけください。

耳 (右・左・両方)	鼻 (右・左・両方)	のど	かお・他
・ 耳が痛い	・ 鼻がつまる	・ のどが痛い	・ 首の腫れ
・ 耳だれがでる	・ 鼻みず・くしゃみ	・ のどがつまる	・ リンパ腺の腫れ
・ 難聴・耳鳴り	・ 頭が痛い (重い)	・ 舌・口の荒れ	・ 顔がゆがむ
・ 耳アカ	・ ニオイがわからない	・ 声がかれた	・ 異物 (耳・鼻・のど)
・ めまい・吐き気	・ 鼻血がでる	・ むせ・咳・痰	・ 発熱 () 度

※その他症状があればお書きください。

()

※いつ頃から悪いですか?

()

次に以下の項目にあてはまるものがあれば○印をおつけください。

1) 卵アレルギー・牛乳アレルギーはお持ちですか? : 卵 牛乳 どちらもなし

2) 今までにのみ薬や注射でアレルギー症状 (発疹や具合が悪くなったこと) はありますか?

1. ある → あると答えた方は、何の薬 (薬名:) で

どのような症状でしたか?: 発疹・むくみ・下痢・意識を失う・その他()

2. ない

3) 小児の方は、記入してください。

くすりの形状の希望はありますか? : はい (シロップ・粉・錠剤・カプセル) いいえ

※薬の内容によっては形状が変わることがあります。

4) 女性の方は、記入してください。

1. 妊娠中または妊娠の可能性がある : はい 約 () カ月 いいえ

2. 授乳中ですか? : はい いいえ

5) けいれん性の体質ですか? : はい いいえ

6) ペースメーカー・人工内耳 等の機械を挿入していますか? : はい いいえ

7) 今までにかかった大きな病気 (継続して治療している病気) に○印をつけてください。

じんましん・ぜん息・心臓病・腎臓病・肝臓病・胸部疾患・コレステロール (高脂血症)

糖尿病・高血圧・前立腺肥大症・緑内障・心の病気・発達・その他 ()

8) 耳鼻科以外の科目も含めて他の病院で最近治療を受けている。病院名 ()

9) 薬はジェネリック医薬品を希望しますか? : 希望します 特に希望しません

注：お薬手帳をお持ちの方は、必ず受付にご提示ください。

10) 当院をお知りになったきっかけは? 当てはまるものに○をおつけください。

① お知り合いの方から聞いて ② 他の医療機関からのご紹介 () 病院・医院

③ ホームページ ④ 看板を見て (医院前・駅) ⑤ その他 ()