

初診申込書

ID: (記入日：令和 年 月 日)

フリガナ		生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
氏名	男 女				(歳)
住所	〒			電話	(自宅) (携帯)	

問診票

当院の受診は初めてですか (はい・いいえ) ご職業 () 体温 °C・体重 kg
喫煙 (しない・本/日×年間) 飲酒 (しない・たまに・週1~2回・毎日)

1) お困りの症状は? (今回ご受診の症状に◎を、当てはまる症状の全てに○をつけて下さい)

- ・みみ : (右・左・両方) 耳だれ・痛み・耳あか・耳のつまり・耳のかゆみ・聞こえにくさ・耳鳴り
- ・はな : 鼻づまり・鼻水 (さらさら・ねばねば)・くしゃみ・ムズムズする・においがわからない・鼻血
- ・のど : のどの痛み・のどのつまり・のどのはれ・せき・たん・声のかれ・味がわかりにくい
- ・その他: 発熱・頭痛・めまい・首のはれ・いびき・無呼吸・禁煙希望
- ・それ以外 ()

2) 今回ご受診の症状はいつ頃からですか?

今日から・日前から・週間前から・ヶ月前から・年前から

3) 診察で特にご要望がありますか?

特にない・おくすりのみ・処置 (吸入・点滴・耳掃除) のみ・検査のみ・セカンドオピニオン
専門外来: アレルギー性鼻炎 (花粉症) 手術・睡眠時無呼吸 (いびき) 検査・補聴器作成・禁煙治療

4) 今医師の治療を受けたり飲んでいる薬がありますか?

はい・いいえ あれば具体的にお書きください ()

5) 今までに注射や飲み薬で気分が悪くなったりじんましんがでたり、あわなかった事がありますか?

はい・いいえ その時のお薬の名前 (不明・)

6) 局所麻酔薬 (歯の治療、傷を縫った時など) でアレルギーがでたことがありますか?

はい・いいえ・麻酔薬を使ったことがない

7) 今までに次の病気にかかったことがありますか?

ぜんそく・アトピー・心臓病・高血圧・糖尿病・胃潰瘍・肝臓病・腎臓病・緑内障・結核・がん
その他 ()

8) 女性の方へ

今 妊娠していたり その可能性はありますか? はい・いいえ (週目)

授乳中ですか? はい・いいえ

7) 当院に来院されたきっかけは? (複数可)

家から近い・通りがかり・看板 (診療所・駅・電柱)・広告・インターネット・紹介 (家族・知人・他院)

ご記入ありがとうございました