

診 察 申 込 書

(全部ご記入をお願いします)

ふりがな	様	男	明 大 昭 平	年	月	日生
御姓名		女		才		
御住所	電話 () - 番		携帯 () - 番			

今日はどのような症状でこられましたか。

○印をつけて下さい。

耳(E)	鼻(N)	のど(T)
1. 耳が痛い (右, 左, 両方)	1. 鼻がつまる (右, 左, 両方)	1. のどが痛い 2. せきが出る
2. 耳がつまった感じがする (右, 左, 両方)	2. 鼻水がでる (右, 左, 両方)	3. のどが乾いた感じがする
3. 耳だれが出る (右, 左, 両方)	3. くしゃみができる	4. のどがつまった感じがする
4. 耳が聞こえにくい (右, 左, 両方)	4. 鼻血が出る (右, 左, 両方)	5. のどに違和感がある
5. 耳がかゆい (右, 左, 両方)	5. 頭が痛い (重い)	6. 声がかれる
6. 耳鳴りがする (右, 左, 両方)	6. 鼻水がのどへ流れる	7. 味がわかりにくい
7. その他 ()	7. 鼻が痛い (右, 左, 両方)	8. たんがひっかかる
	8. その他 ()	9. その他 ()

・その他の症状があれば簡単にお書き下さい。 ()

・熱がありますか? あればどれぐらいの発熱ですか? ()℃

・めまいがする (1. 目がまわる 2. ふらふらする 3. 立ちくらみがする 4. 吐き気がする)

上記の症状はいつごろからですか? ()

◎いままでお薬や注射、食べ物で発疹がでたことやショックを起こしたりなどのアレルギーがでたことがありますか? はい いいえ

“はい”の方はどんなお薬、または食べ物でしたか? ○印をつけて下さい。

痛み止め, かぜ薬, 熱さまし, 抗生物質, ピリン剤, 卵, 牛乳, えびなどの甲殻類

その他 () お薬の名前がわかれば書いて下さい ()

◎現在治療中、もしくは以前にかかったことのある病気はありますか? (手術や入院も含みます)

治療中 治療済み

治療中 治療済み

B・C型肝炎 () 肝臓病 () () 心臓病 () ()

緑内障 () 糖尿病 () () 腎臓病 () ()

前立腺肥大 () 高血圧 () () 喘息 () ()

熱性けいれん () 結核 () () 胃・十二指腸潰瘍 () ()

じんましん () 湿疹(71%) () ()

その他の病名 ()

◎現在、服用中のお薬があればすべてお書き下さい

(薬の名前:)

※お薬手帳や薬の説明書き(薬剤情報提供書)をお持ちの方は受付に提出して下さい。

◎女性の方に 妊娠をしていますか? はい いいえ

授乳をしていますか? はい いいえ

◎当院をどのようにしてお知りになりましたか? ○印をつけて下さい。

家族が受診している, 家が近くなるので, 家族や親戚から聞いて, 友人から聞いて

ホームページを見て, 駅の看板などの広告を見て, ビルの看板を見て, 電話帳を見て

他の医療機関からの紹介で, その他 ()

その他相談されたい事があれば、ご記入下さい。

()

◎詳細のわかる明細書の発行を希望しますか? はい いいえ

◎お子さん(中学生までの方)の体重を記入して下さい。 体重 kg