

診療申込書

ID:

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日
住所	〒 _____ (マンションや建物ビル名もご記入お願いいたします。)		体重 () kg
携帯電話 (- -) / 固定電話 (- -)			※中学生以下の方はご記入下さい

① 本日はどうされましたか？ (あてはまること・苦痛に思われることに○印をしてください)

耳(みみ)	聞こえにくい (右・左)	こもったかんじ (右・左)	痛い(右・左)	耳鳴り(右・左)
	耳だれ(右・左)	耳あか	かゆい	その他 ()
	ふらつき	めまい		
鼻(はな)	鼻水	鼻づまり	鼻血	においがしない
	いびき	無呼吸	花粉症	花粉症の鼻焼手術(希望・相談)
咽喉(のど)	痛い	違和感	声がかれる	味がしない
	咳(せき)がでる	痰(たん)がでる		
その他	舌の痛み・はれ物	頬(ほほ)が痛む・はれる	首のはれ・痛み	顔がまがった
	吐き気	頭痛	腹痛	下痢
	嘔吐(おうと)	倦怠感(だるさ)	寒気	アレルギー検査希望
上記以外	()			

② その症状はいつからですか？ ()

③ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は先生に直接お出しください

はい () ・ いいえ

④ 今までにお薬や食べ物のアレルギーはありましたか？

はい () ・ いいえ

⑤ 今までに大きな病気で手術や治療を受けられたことはありますか？また現在も治療中ですか？

はい () ・ いいえ

⑥ 喫煙をされていますか？

はい (本/1日) ・ いいえ

⑦ 肝炎にかかれたことはありますか？

(A型/B型/C型 など) はい ・ いいえ

※以下⑧⑨、女性の方のみお答えください

⑧ 現在、妊娠中ですか もしくは可能性はありますか？

はい (ヶ月) ・ いいえ

⑨ 現在、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

当院を知って頂いた理由は何ですか？

知人&家族の紹介 他院の紹介 インターネットを見て その他 ()
→(検索ワード:)