

診療申込書・問診表

フリガナ
お名前

様
男
女

生年月日 大・昭
平・令

年 月 日生 (才)

住 所 〒

連絡先 () — (自宅・職場・ケイタイ)

■お困りの症状は？

- ・耳 (右・左) : 耳だれ・耳痛・耳がつまる・耳がかゆい・難聴・耳鳴り・耳垢取り
- ・鼻 : 鼻がつまる・鼻汁・くしゃみ・鼻の痛み・鼻血・においがわからない
- ・のど : のどの痛み・のどのつまり・のみこみにくい・声がれ・咳・いびき
- ・その他 : めまい・頭痛・口内炎・味がわからない・補聴器・他 ()

■いつ頃から？ (____ 日前から・ ____ 週間前から・ ____ ケ月前から・ ____ 年前から)

■主症状に伴う他の症状は？ (その他の部位・全身症状等)

■治療についてのご希望、ご質問はありますか？

■ご職業は？

■小児の方は体重を記入してください () kg

■薬に対するアレルギーがありますか？ (ある ・ ない)

(ある場合、薬品名)

■女性の方は妊娠の有無 (はい ・ いいえ)

■現在、治療している病気または過去にした病気がありますか？ (はい ・ いいえ)

はい → 糖尿病、高血圧、肝臓の病気、心臓や血管の病気、ぜんそく、

その他 ()

■他科で内服中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

(内服中の薬)

※当医院に来院された理由？ (家族の紹介・家から近い・看板をみて・ホームページをみて

() さんの紹介・タウンページをみて

当ビル内の他科にかかっている・その他)