

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。わかる範囲で詳しくおしえてください。

カルテ NO. _____

年 月 日

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	ご住所 〒 _____
お名前		明大昭平 年 月 日	
TEL	_____	携帯	_____

【今日はどこがどのように悪くて、来られましたか？】

年 月 日

下記項目で該当する症状に○印をおつけください。

耳（右・左）	鼻（右・左）	のど
<ul style="list-style-type: none">・耳が痛い・耳だれがでる・聞こえにくい・耳がつまる・めまいがする・耳鳴りがする	<ul style="list-style-type: none">・鼻がつまる・鼻みずがよくでる・くしゃみが多い・頭が痛い（重い）・ニオイがよくわからない・鼻血が出る	<ul style="list-style-type: none">・のどがいたい・のどがつまる・扁桃がわるい・口の中がいたい・舌があれている・声が出しにくい

※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○印をおつけ下さい。

- 1) 今迄に薬を飲んで薬疹（じんましん）のような症状が出たことがある。
- 2) 注射をして気分が悪くなったり、その他の症状が出たことがある。
- 3) 現在妊娠している。又、産後3～4ヶ月、授乳中である。
- 4) けいれん性の体質がある。
- 5) 今迄にかかった大きな病気に○印をつけて下さい。

じんましん・ぜん息・心臓病・腎臓病・肝臓病・胸部疾患
糖尿病・高血圧・その他 (_____)

- 6) (耳鼻科以外の科目も含めて) 他の医院で最近治療を受けている。
医院名 (_____)

ご希望される診療についてチェックを入れてください。(複数選択可)

(診療への取り組み方について)

- とりあえずあえずの症状が取ればよい 期間はかかってもよいから、しっかりと治したい
 しっかり検査をして自分の体の状態を知りたい 医師に治療スタンスは任せる

(病気の治癒に向けた医師による指導（アドバイス）について)

- 多少厳しくともしっかり指導して欲しい なるべく優しく指導して欲しい
本人または保護者のサイン

注：お薬手帳をお持ちの方は、必ず受付にご提示ください。

[_____]