

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. _____

フリガナ お名前	(男・女)	生年 月日	年 月 日 (歳)	体重 ※小児のみ	Kg
ご住所	〒				
TEL					

【本日はどこがどのように悪くて、来られましたか？】

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 ・舌が碍れている ・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 ()
- 7) 服用中のお薬があればお分かりになる範囲でご記載ください。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。

〔当院をお知りになったきっかけは？当てはまるものに○をつけてください。〕

- ① ご家族・ご親族から聞いて ② 知人・友人から聞いて
 ③ 他の医療機関からのご紹介 (医院・病院) ④ ホームページ
 ⑤ 医院前の看板を見て ⑥ 駅・路上の看板を見て ⑦ たまたま近所だから ⑧ チラシ
 ⑨ その他 ()