

はじめて診察を受けられる方へ

記入日 令和 年 月 日

ふりがな	男・女	大昭平令	年 月 日 才			
お名前 様						
〒 ご住所	お電話番号 ()		携帯電話 ()			
ご紹介者	ご職業	(お子様の場合) 体重		kg		

○当院をどちらでお知りになりましたか？

・家族 ・知人 ・ホームページ ・職場が近い ・看板

○ izzごろ () から

○ 症状に印をして下さい

耳 (右 ・ 左)	鼻	のど
<ul style="list-style-type: none"> ・ 耳だれ ・ 耳あか ・ 耳が(痛い・かゆい) ・ 聴こえにくい ・ 耳鳴り ・ 耳がつまる感じ ・ めまい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鼻づまり ・ 鼻水 ・ 色のついた鼻水 ・ 鼻水がのどに流れる ・ くしゃみ ・ 鼻血 (右 ・ 左) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ のどが痛い ・ 声がかれる ・ (乾いた・痰の)せき ・ たん ・ のどがつまる感じ ・ 異物感がある

その他の症状()

○ 今までに次の病気にかかれたことがありますか？ ・ はい ・ いいえ

花粉症 喘息 アトピー性皮膚炎 結核 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高血圧
高脂血症 肝臓病 脳梗塞 腎臓病 糖尿病 緑内障 その他:

○ 注射、飲み薬、食べ物で発疹が出たり、気分が悪くなれたことがありますか？

薬の名前、食べ物の名前などがわかれば記入してください はい ・ いいえ
()

○ 現在飲まれている薬はありますか？ はい ・ いいえ

()

○ お酒、たばこについて

・アルコール : 飲まない ・ 飲む (種類:) (杯/日)
・たばこ : 吸わない ・ 吸う (本/日 × 年) ・ 禁煙している(~)

○ 女性の方へ

・妊娠中ですか？ はい(ヶ月) ・ いいえ ・ わからない
・授乳中ですか？ はい ・ いいえ

これらの情報は診療目的以外に使用することはありません。
ご協力ありがとうございました。

とくはら耳鼻咽喉科