

初 診 申 込 書

年 月 日

カルテNo.

フリガナ				男・女	
氏 名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	才
住所	(〒 -)				
電話		当院は初めてですか	はい・いいえ		
携帯電話					

問 診 表

年	月	日	ご職業	体 温	℃
				体 重	kg

- 1) いつ頃から、どの様な症状がありますか。
 また、特に診察でご要望があればお書きください。
 ※例 1週間前からノドが痛い、鼻水が出る、昨日から右耳が痛いなど。

- 2) 以前 他の耳鼻科を受診されたことがありますか。 はい・いいえ
 その時の病名は何でしたか。()
- 3) 今医師の治療を受けたり飲んでいる薬がありますか。 はい・いいえ
 あれば具体的に書いてください。()
- 4) 今までに注射や飲み薬で気分が悪くなったり
 発疹がでたり、あわなかった事がありますか。 はい・いいえ
 その時の名前を書いてください。()
- 5) 局所麻酔剤（歯の治療、傷を縫った時など）でショックを
 起こしたことがありますか。 はい・いいえ
- 6) 今までに次の病気にかかったことがありますか。
 ぜんそく・アトピー・心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病
 B型またはC型肝炎・胃腸病・結核・その他 ()
- 7) 当院にご来院されたきっかけは？（複数可）
 インターネット（検索キーワード：)
 看板 ・ 知人の紹介 ()
 その他 ()
- 8) 女性の方へ
 今 妊娠していたり その可能性はありますか。 はい・いいえ
 妊娠している方は書いてください。(週目)
 授乳中ですか。 はい・いいえ

ありがとうございました。

ご本人または保護者の方のサイン

もうしばらくお待ちください。

[]