

初診の患者さんへ

ふりがな

お名前 _____ 年齢 _____ 性別 男 女

御住所 〒 _____

電話 _____

1) 本日はどうされましたか。以下の該当箇所に丸をつけてください。

耳	鼻	のど
<ul style="list-style-type: none">・耳が痛い・耳だれが出る・耳がかゆい・耳がつまる・耳が聞こえにくい・耳鳴りがする・めまいがする	<ul style="list-style-type: none">・鼻がつまる・鼻水が出る・鼻水がのどに流れる・くしゃみがよく出る・鼻血が出る・においがわからない・頭が痛い（重い）	<ul style="list-style-type: none">・のどが痛い・のどがイガイガする・たんが出る・声がかすれる・咳が出る・のどがつまった感じ・味覚が悪い

2) その他の症状があれば簡潔にお書きください。

(_____)

3) 今まで薬で気分が悪くなったり、じんましんが出たり、ショックを起こしたことがありますか？（ある・ない）

ある方はどんな薬ですか。（ _____ ）

4) かかったことのある病気に丸をつけてください。

じんましん・ぜんそく・アトピー・心臓病・前立腺肥大

高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・結核・緑内障

その他（ _____ ）

5) 現在治療中の病気があれば書いてください。

(_____)

6) 成人女性なら現在妊娠をしていますか。（あり・なし・疑いあり）

7) 12才以下の方なら体重をご記入ください。（ _____ Kg）

8) 当院は何でお知りになりましたか。

① 人に聞いて ②インターネットで ③電話帳で ④看板で

⑤通りかかって ⑥他院の紹介で ⑦その他（ _____ ）

9) 何をご利用になってお越しになりましたか。

① 徒歩 ②自転車 ③バイク ④電車 ⑤バス ⑥車