

はじめて診察を受けられる方へ

記入日 平成 年 月 日

ふりがな	男 ・ 女	明 大 昭 平	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 ・ポストカード ・タウンページ ・回覧板 ・職場が近い ・看板 ・地図
(当院・万代渋谷店)

<下記の項目について、今後の診療の参考になりますので、ご記入下さい>

○ どこが悪くて来られましたか？

いつごろ () から

耳 (右 ・ 左)	鼻 (右 ・ 左)	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 	<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

その他の症状があれば、簡単に記入してください (口内炎、魚の骨、頬骨の痛み、頭痛など)

()

○ 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、気分が悪くなら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
(ピリン系・抗生物質・麻酔薬など)

○ 現在飲まれている薬はありますか？

- 薬の名前がわかれば記入してください 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