

# 診察申込書

(全部ご記入をお願いします)

ふりがな		男	明大昭平	年	月	日生
御姓名	様	女				才
御住所		電話 ( )	-			番
		携帯 ( )	-			番

## 今日はどのような症状でこられましたか。

○印をつけて下さい。

耳(E)	鼻(N)	のど(T)
1. 耳が痛い (右, 左, 両方)	1. 鼻がつまる (右, 左, 両方)	1. のどが痛い 2. せきが出る
2. 耳がつまった感じがする (右, 左, 両方)	2. 鼻水がでる (右, 左, 両方)	3. のどが乾いた感じがする
3. 耳だれが出る (右, 左, 両方)	3. くしゃみがでる	4. のどがつまった感じがする
4. 耳が聞こえにくい (右, 左, 両方)	4. 鼻血が出る (右, 左, 両方)	5. のどに違和感がある
5. 耳がかゆい (右, 左, 両方)	5. 頭が痛い (重い)	6. 声がかれる
6. 耳鳴りがする (右, 左, 両方)	6. 鼻水がのどへ流れる	7. 味がわかりにくい
7. その他 ( )	7. 鼻が痛い (右, 左, 両方)	8. たんがひっかかる
	8. その他 ( )	9. その他 ( )

・その他の症状があれば簡単にお書き下さい。 ( )

・熱がありますか? あればどれぐらいの発熱ですか? ( °C)

・めまいがする (1. 目がまわる 2. ふらふらする 3. 立ちくらみがする 4. 吐き気がする) ( )

上記の症状はいつごろからですか? ( )

◎いままでお薬や注射、食べ物で発疹がでたことやショックを起こしたりなどのアレルギーがでたことがありますか? はい いいえ

“はい”の方はどんなお薬、または食べ物でしたか? ○印をつけて下さい。

痛み止め, かぜ薬, 熱さまし, 抗生物質, ピリン剤, 卵, 牛乳

その他 ( ) お薬の名前がわかれば書いて下さい ( )

◎いままで、大きな病気をしたことがありますか? はい いいえ

“はい”の方はどのような病気でしたか?

( )

◎かかった事のある病気に○印をつけて下さい。

じんましん, 湿疹 (アトピー), ぜん息, 心臓病, 腎臓病, 肝臓病

糖尿病, 高血圧, 結核

◎現在、他の病院、医院でかかっている病気はありますか? はい いいえ

“はい”の方はどんな病気で、どんなお薬を服用していますか?

( )

別のお薬を内服されている方は受付に提出して下さい。

◎女性の方に 妊娠をしていますか? はい いいえ

授乳をしていますか? はい いいえ

◎最後に当院をどのようにしてお知りになりましたか? ○印をつけて下さい。

他の医療機関からの紹介で, 前を通りかかって, ビルの看板を見て

駅の看板などの広告を見て, 電話帳を見て, 友人から聞いて, ホームページを見て

家族や親戚から聞いて, その他 ( )

その他相談されたい事があれば、ご記入下さい。

お子さん(中学生までの方)の体重を記入して下さい。 体重 kg