

診 療 申 込 書

診療される方について御記入下さい	ふりがな	
	お名前	男・女
	生年月日	大・昭・平 年 月 日 歳
	住所	
	自宅電話番号	() —
	携帯電話番号	() —
	今後の診療内容をご家族同伴で説明を希望されますか？ はい・いいえ	

----- 切り取り -----

初めて受診される患者様へ

月・火・水・木・金・土
診察の希望曜日があれば○をつけて下さい

氏名 _____ 男・女

体重 40kg 以下の方は体重を記入して下さい _____ kg

○6歳未満のお子様へ 保育園に通園していますか？ 通園している ・ 通園していない

○飲めない薬の種類はありますか？ 錠剤 散剤 シロップ

○体内に金属類（心臓病のペースメーカー等）は入っていませんか？ 入っている ・ 入っていない

○歯科で麻酔をした時に気分が悪くなった事がありますか？ はい ・ いいえ

○痛み止めを使用して気分が悪くなったことがありますか？ はい ・ いいえ

○今までに耳鼻科の手術をしたことがある方は具体的に記入してください

(_____)

○今までに薬や食べ物などでアレルギー症状が出たことがある方は具体的に記入して下さい

(_____)

○風邪薬で眠くなったことはありますか？_ はい ・ いいえ

○他院に通院して・・・ いる ・ いない

(_____)

※いる に○をつけた方は 病院名 (_____ 病院)

○薬をもらっている方はお薬手帳を提出して下さい。

(_____)

○私病はありますか？ 高血圧・糖尿・喘息・緑内障・前立腺肥大・B型肝炎（キャリア含む）
いずれかに○をつけて下さい。

○めまい の検査を希望される方は受付にお申し出下さい（問診票別にあります）

○睡眠時無呼吸症 の検査を希望される方は受付にお申し出下さい（問診票別にあります）

○補聴器の相談 ○禁煙外来希望（問診票別にあります）

○職業ドライバーですか？ はい・いいえ

○女性の患者様へ

妊娠している (_____) ヶ月 ・ 妊娠している可能性がある ・ 授乳中

裏面へ続く

耳

チェックをつけて下さい

<input type="radio"/> 痛い (右 左)	<input type="radio"/> 耳掃除	<input type="radio"/> 聞こえが悪い (右 左)
<input type="radio"/> 耳だれが出る (右 左)	<input type="radio"/> 異物が入った	<input type="radio"/> つまる (右 左)
<input type="radio"/> 耳鳴りがする (右 左)	耳鳴りの音は? ()	
<input type="radio"/> 耳の下がはれている	<input type="radio"/> かゆい (右 左)	<input type="radio"/> 耳たぶがはれた (右 左)
症状が出たのはいつからですか? ()		

鼻

*鼻を診ていただく方は診察まで鼻をかまないで下さい

<input type="radio"/> つまる (右 左)	<input type="radio"/> 鼻水が出る	<input type="radio"/> 鼻血が出る (右 左)
<input type="radio"/> くしゃみ	<input type="radio"/> においがしない	<input type="radio"/> 臭い
<input type="radio"/> 鼻水がのどに流れる	<input type="radio"/> 異物が入った	<input type="radio"/> 目がかゆい (コンタクト 有・無)
症状が出たのはいつからですか? ()		

のど

*入れ歯を使用されている方ははずしてお待ち下さい

<input type="radio"/> 痛い	<input type="radio"/> 声がかすれる	<input type="radio"/> のどに何かある感じ (異常感)
<input type="radio"/> つまる	<input type="radio"/> 咳がでる	<input type="radio"/> 痰がでる
<input type="radio"/> 痰がつまる	<input type="radio"/> 異物が入った	<input type="radio"/> 魚の骨がささった
症状が出たのはいつからですか? ()		

口

<input type="radio"/> 舌にできものができた	<input type="radio"/> 舌が痛い	<input type="radio"/> 舌がしびれる
<input type="radio"/> 口内炎	<input type="radio"/>	
症状が出たのはいつからですか? ()		

その他の症状があれば ご記入下さい

()