

予診表(診療申込書)

年 月 日 カルテ番号 ()

フリガナ			体温	
氏名			男・女	°C
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 歳
住所	〒			
電話番号			携帯電話	
当院からのご連絡	可・不可	ご職業	身長	cm
			体重	kg

1) 本日はどうされましたか？ また、その症状はいつ頃からですか？

2) この症状で、最近他の耳鼻咽喉科を受診したことはありますか？ (はい・いいえ)

はいとお答えの方・・・その時の病名は何でしたか？ ()

3) 現在これまでに、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)

病名：高血圧・心臓病【心筋梗塞・狭心症・不整脈・その他 ()】

糖尿病・ぜんそく・脳梗塞・脳出血・肝臓病・腎臓病・がん・リウマチ・

結核・アレルギー (食物・鼻・薬物)・アトピー性皮膚炎・

その他 ()

薬の名前が分かれば、お書きください。()

4) 薬や注射などで気分が悪くなったり発疹が出たことがありますか？ (はい・いいえ)

はいとお答えの方・・・薬品名：局所麻酔 (歯科の治療など)・鎮痛剤・風邪薬

その他 ()

いつ頃 :()

症 状 :()

5) 嗜好品 ・酒【ビール・焼酎・日本酒・その他 ()】1日 ()本 ()合】

・たばこ ()歳から 1日 ()本程を喫煙

今現在喫煙している ・ ()歳から禁煙している

6) 女性の方へ ・現在、妊娠していたり、その可能性がありますか？ (はい第 週・いいえ)

・授乳中ですか？ (はい・いいえ)

7) 当院を紹介頂いた方がいらっしゃればご記入ください。

()

最後に、ご本人様のサインをお願い致します。 (未成年の方は、保護者の方のサイン)	記入は (本人・保護者) ご記入者のお名前
---	--------------------------

ご記入お疲れ様でした。受け付けへ提出して下さい。熱が高い方や痛みの強い方は受付までお申し出ください。
個人情報の取扱いについて・・・上記の個人情報は必要以外の利用は行いません。