

# 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・令 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。