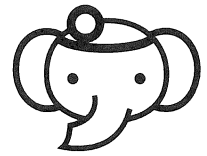


平成 年 月 日

診察申し込み書



(ふりがな)

住所

名前

()才

電話番号

体重(子供のみ)

kg

携帯番号

あてはまる症状に○印をつけて下さい。

耳(右左)	鼻	のど	その他
耳がかゆい	鼻がつまる	のどがいたい	めまいがする
耳がいたい	鼻水が多い	舌がいたい	目がかゆい
耳だれが出る	くしゃみ	声がかかる	熱がある 度 分
聞こえにくい	においにくい	声をだしにくい	頭が重い、痛い
耳鳴りがする	鼻血	のどに何かあるよ うな感じがする	食事がとれない
耳のつまる感じ	のどに鼻水がおちる	せき、たん	はきけ
耳をさわる			はれ(腫れ)がある
			いびき
			下痢

上記の症状は、いつ頃からどのように悪いか簡単に書いて下さい。

()

- 最近、耳鼻咽喉科を受診したことがありますか。………ある(耳・鼻・のど)・ない・不明

病名

- かかったことのある病気に○印をつけて下さい。

脳梗塞・緑内障・白内障・めまい・扁桃腺炎・肝臓病・腎臓病
 心臓病・不整脈・高血圧・高脂血症・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・喘息
 前立腺肥大・糖尿病・肝炎・その他()

- 注射やのみぐすりで、気分が悪くなったり、ショックをおこしたことがありますか。(ある・ない)

薬剤名

- 食物(卵、牛乳、サバ等)でじんましんが出たことがありますか。(ある・ない)
- 今までに医師よりアレルギー体質(喘息・アトピー・花粉症等)といわれたことがありますか。(ある・ない)
- タバコ(すう、すわない) お酒(のむ、のまない)
- 以前に大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。(ある・ない)
- 現在、治療中の病気がありますか。(ある・ない)
- 現在、内服中の薬は、ありますか。(ある・ない)
- 女性の方にお聞きします。妊娠の可能性は?(ある・ない)
授乳中ですか?(はい・いいえ)