

診察申込書

フリガナ _____		氏名 _____		男・女		
生年月日	明 昭 大 平	年	月	日生	年齢 小児の方 体重	才 kg
住所	〒 _____		電話番号 (_____) _____	_____	_____	_____
	_____		携帯番号	_____	_____	_____

勤務先 _____

該当するものに☑をつけて下さい。

耳 痛み 耳だれ かゆみ 耳そうじ
 (右・左・両) 耳なり ふさがった感じ 聞こえが悪い

鼻 アレルギーの症状
 (花粉 _____ ハウスダスト・ダニ・その他)
 (右・左・両) 鼻水 鼻づまり くしゃみ 鼻血 目のかゆみ

のど 痛み 咳 痰 声のかすれ 違和感
 魚の骨が刺さった(_____)

めまい グルグル回る感じ フワフワした感じ

熱 ある(_____ °C) ・ あった(_____ 日前 °C)

その他 _____

いつから? _____ 日前 _____ 週間前 _____ ヶ月 _____ 年前から

今回の病気で 既に治療を受けていますか? はい _____ いいえ _____

現在、他の科にかかっていますか? はい(_____ 科) _____ いいえ _____

飲んでいる薬 [_____]

これまでに大きな病気にかかったことがありますか? _____ ある(_____) _____ ない

薬のアレルギー _____ ある(_____) _____ ない

食物アレルギー _____ ある(_____) _____ ない

該当する方は○を付けて下さい。
 ①妊娠中である。(_____ ヶ月) ②授乳中である。

たばこ _____ 本/日 _____ アルコール類 _____ 合/日

現在の症状について *具体的にお書き下さい
 [_____]

当院をどのようにして知りましたか?

<input type="checkbox"/> 知人・友人から聞いて	<input type="checkbox"/> 家族・親族から聞いて
<input type="checkbox"/> 当院のホームページを見て	<input type="checkbox"/> 当院のパソコンホームページを見て
<input type="checkbox"/> 自宅が近いから	<input type="checkbox"/> 他のインターネットの紹介サイト等を見て
<input type="checkbox"/> 職場が近いから	<input type="checkbox"/> 雑誌を見て
<input type="checkbox"/> 看板を見て	<input type="checkbox"/> その他 _____
<input type="checkbox"/> 他の病院からの紹介 (病院名: _____)	