

大村耳鼻咽喉科

診察申込書

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		当院は初めてですか はい・いいえ
生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成・令和	才 男・女
住所	〒 TEL	

問診表

年 月 日

体重 kg

- 1) 本日受診されたのはどこの具合が悪いからですか。○印をつけてください。

みみ はな くち のど くび めまい その他

どのように悪いのですか。できるだけくわしくお書きください。

(

)

それはいつからですか。おおよそで結構です。

(

)

- 2) 以前 他の耳鼻科を受診されたことがありますか。 はい いいえ

その時の病名は何でしたか。(

)

- 3) 今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

あれば具体的に書いて下さい。(

)

- 4) 今までに注射や飲み薬で気分が悪くなったり
発疹がでたり、あわなかった事がありますか。 はい いいえ

その時の薬の名前を書いて下さい。(

)

- 5) 局所麻酔剤(歯の治療、傷を縫った時など)でショックを
起こしたことがありますか。 はい いいえ

- 6) 今までに次の病気にかかったことがありますか。

じんましん・ぜんそく・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病

胃腸病・結核・その他(

)

- 7) 女性の方へ

今 妊娠していたり その可能性はありますか。 はい いいえ

授乳中ですか。 はい いいえ

ありがとうございました。

もうしばらくお待ち下さい。

※ 高熱や痛みの強い方または伝染病(はしかや
おたふくかぜなど)の方は受付にお申出下さい。

ご本人または保護者の方のサイン