

新患申込書

年 月 日

ふりがな		年齢
患者氏名		才
生年月日 年 月 日 (男・女)		
住 所		
TEL		携 帯
職 業	(幼稚園児・保育園児)	
患者さんの体質に合った治療をするために、下の欄に、 ○印を付けて下さい。		
かぜ薬による発疹 (ペニシリン アレルギー)	ぜんそく	手術したこと
(ある ない)	(ある ない)	(ある ない)
じんましん しっしん	現在妊娠の有無	タ バ コ
(ある ない)	(ある ない)	(吸う 吸わない)
現在薬を飲んでいますか (はい いいえ) 体重		kg
種類 ()		
飲める種類の薬に○印を つけて下さい。 (カプセル・錠剤・細粒・水薬)	御家族が当院に通院していますか (はい) はいの方 (いいえ) 氏名	

シクリック 057-048

問 診 票 (年 月 日)

- どこが、どのように具合が悪いですか？
当てはまる症状を丸で囲んでください。
- 耳 (耳あか・聞こえにくい・耳が痛い・耳がかゆい・
耳鳴り・耳だれ)
- 鼻 (鼻水・鼻づまり・鼻水がのどに流れてくる・鼻血
においがわからない・花粉症・鼻が痛い・頬(ほほ)が痛い)
- のど (のどが痛い・飲み込みにくい・声がかれる
のどに何かつまった感じがする・味がわからない
タンがからむ・口内炎)
- 咳(せき) 首が腫(は)れている いびき・無呼吸
- めまい ()
- その他 ()
- いつごろからですか？ ()
- 現在の体温 (. 度)

エマオ耳鼻咽喉科医院