

# 新患申込書

年 月 日

問診表 ( 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 (幼稚園児・保育園児)	
職業			
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) (ある ない)	ぜんそく (ある ない)	手術したこと (ある ない)	
じんましん しっしん (ある ない)	現在妊娠の有無 (ある ない)	タバコ 吸う 吸わない (1日 本)	
現在薬を飲んでいますか (はい いいえ) 体重 kg			
種類 ( )			
飲む種類の薬に○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 いいえ) はいの方 氏名	

057-048

お名前 \_\_\_\_\_

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・鼻水が喉に流れてくる・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・タンがからむ  
のどに何かつままった感じがする・味がわからない・口内炎)

咳(せき)(息が苦しい・ひどい咳・少し咳)  呼吸(いびき・無呼吸)

首(首が腫(は)れている)

めまい( )

その他( )

いつごろからですか？( )

現在の体温( , 度)

この症状で病院受診、市販薬を服用しましたか？  
いいえ・はい( )

エマオ耳鼻咽喉科