

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) (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 _____	

シユウワカ 057-048

問診表

(年 月 日)

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