

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	

エマオ 057-048

アレルギー-症状問診票 (年 月 日)

- *お名前 ()
- *下記の当てはまる症状に○をして下さい (複数可)
(水のような鼻水・黄色い鼻水・鼻づまり・くしゃみ
目のかゆみ・咳)
- *コンタクトレンズは使用していますか (いいえ・はい)
- *アレルギー-検査の希望 (いいえ・はい)
- *ほしい薬 (飲み薬・点鼻・目薬・その他)
- *再診の方は去年と同じ薬がいいですか? (いいえ・はい)

エマオ耳鼻咽喉科