

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) (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	

シクリョウ 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・鼻水が奥に流れてくる・鼻血
においがわからない・花粉症・鼻が痛い・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(. °C)
- 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()