

診療申込書

当院 記入欄	No. _____ 申込年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
-----------	---

フリガナ		
氏名	姓	名
生年月日・性別	大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 男・女	
郵便番号・住所	〒 _____ - _____	
電話番号	(携帯)	(自宅)
紹介状の有無	1. 有 医師名(_____)病院・医院名(_____) 2. 無	
紹介状の無い方 (当院を知られた きっかけ)	b. 友人・知人 c. インターネット d. 新聞(_____ 新聞) e. 家族・親戚者 f. 家族(患者) g. 患者 h. 勤務先 i. 医師 j. 書籍・雑誌(_____) k. 電話帳 l. ラジオ・テレビ m. その他(_____)	

◎個人情報に関するお断りとお願い

当院では、患者さんの安全を守ること、取り違え事故等の医療事故を防止するため、患者さんのお名前前で呼び出しさせて頂いております。この件につきましてご了承を頂きたく、お願い申し上げます。

下記の該当する項目に○をつけ、ご署名ください。

1. 承諾する 2. 承諾しない (ご署名) _____

耳鼻咽喉科問診票

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ ご職業 _____

(1) 本日はどのような症状で来院されましたか？

耳(右・左・両)	・痛い・耳だれ・聞こえが悪い・耳鳴り・耳垢・耳がふさがる
鼻(右・左・両)	・鼻づまり・鼻水(透明・白色・黄緑)・くしゃみ・嗅覚低下・鼻血
のど	・痛い・のどがつまる・舌、口の荒れ・声のかすれ・咳、痰
その他	・いびき・めまい・首の腫れ・顔のゆがみ・発熱(_____)度

※その他の症状があれば、ご記入をお願いします。※症状はいつ頃からですか？
(_____) (_____ 年 _____ 月 _____ 日 から)

(2) 他の耳鼻咽喉科の診察を受けましたか。

はい(他院画像持参…有 無 検査結果持参…有 無) いいえ
病名(_____)

(3) 以下の病気にかかった事のある方は、番号に○を付けて下さい。

- ・あり 1. 肺(結核・喘息・慢性気管支炎など) 2. 甲状腺 3. 腎臓 4. 高血圧 5. 糖尿病
- 6. 心臓(心筋梗塞・狭心症・心筋症・心不全・心房細動など) 7. 胃、十二指腸
- 8. 肝臓(B型・C型肝炎など) 9. 脳血管(脳梗塞・脳出血など) 10. 感染疾患
- 11. 眼科疾患(緑内障など) 12. パニック障害・閉所恐怖症 13. 前立腺肥大症
- 14. その他(_____)

それはいつ頃ですか。(_____) 年 _____ 月頃 (_____) 年 _____ 月頃

・なし

(4) 現在、内服されている下記の薬はありますか？

あり→ 抗血栓薬(バイアスピリン・ワーファリン等) 糖尿病治療薬 抗生剤 鎮痛薬
なし その他(_____)

(5) お薬手帳を持っていますか？ [ない・ある ・持ってきてない]

(6) アレルギーについてお伺いします。

薬剤(麻酔薬含む)・食物・ラテックスなど (無・有→名前： _____)

(7) 妊娠・授乳していますか？ いいえ・妊娠 _____ ヶ月・授乳中

(8) お酒を飲みますか。 いいえ・はい(1週間 _____ 日程度、 _____ 年)

(9) 喫煙をしますか。 いいえ・はい(1日 _____ 本、 _____ 年)

(10) 身長・体重はどれくらいですか。 (_____ cm、 _____ kg)