

診療申込書

ID:

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日
住所	〒 _____ (マンションや建物ビル名もご記入お願いいたします。)		体重 () kg
携帯電話 (- -) / 固定電話 (- -)			※中学生以下の方はご記入下さい

① 本日はどうされましたか？ (あてはまること・苦痛に思われることに○印をしてください)

耳(みみ)	聞こえにくい (右・左)	こもったかんじ (右・左)	痛い(右・左)	耳鳴り(右・左)
	耳だれ(右・左)	耳あか	かゆい	その他 ()
	ふらつき	めまい	ピアス希望 (右 ・ 左 ・ 両方) (数: 箇所)	
鼻(はな)	鼻水	鼻づまり	鼻血	においがしない
	いびき	無呼吸	花粉症	花粉症の鼻焼手術(希望・相談)
	痛い	違和感	声がかれる	味がしない
咽喉(のど)	咳(せき)がでる	痰(たん)がでる		
	舌の痛み・はれ物	頬(ほほ)が痛む・はれる	首のはれ・痛み	顔がまがった
	吐き気	頭痛	腹痛	下痢
上記以外	嘔吐(おうと)	倦怠感(だるさ)	寒気	風邪
	()			

② その症状はいつからですか ()

③ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は先生に直接お出しください

はい () ・ いいえ

④ 今までにお薬や食べ物のアレルギーはありましたか？

はい () ・ いいえ

⑤ 今までに大きな病気で手術や治療を受けられたことはありますか？また現在も治療中ですか？

はい () ・ いいえ

⑥ 喫煙をされていますか？

はい (本/1日) ・ いいえ

⑦ 肝炎にかかれたことはありますか？

(A型/B型/C型 など) はい ・ いいえ

※以下⑧⑨、女性の方のみお答えください

⑧ 現在、妊娠中ですか もしくは可能性はありますか？

はい (ヶ月) ・ いいえ

⑨ 現在、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

当院を知って頂いた理由は何ですか？

知人&家族・他院の紹介 インターネットを見て 看板を見て その他 ()

→(検索ワード:)→(病院前・府庁前・堺町竹屋町が・タイムズ駐車場・市バス)