

# ＜砂町銀座はた耳鼻咽喉科 初診時間診票＞

ふりがな	生年月日
氏名 _____ 男・女	M・T・S・H 年 月 日 歳
〒 _____	
住所 _____	電話番号 ( ) -
	携帯番号 ( ) -
15歳以下のお子様 ※必須 体重 _____ kg	

※熱があるようでしたら受付にお申し出下さい 体温 ( ) °C

※現在お薬を使用していますか？

はい→お薬手帳をお持ちの方は、必ずスタッフにお渡し下さい。

お持ちでない場合は、お薬の名前を右にお書き下さい

現在使用している  
お薬

\*手帳をお持ちの方は  
記入不要です

いいえ

(1) 本日はどのような症状で受診されましたか？

◎耳の症状 (右・左・両耳が)

痛い・耳だれ・聞こえにくい・耳鳴り・詰まる・その他 ( )

◎鼻の症状

花粉症対策 (専用の問診票にもご記載下さい)

鼻水が出る(水みたい、ねばねば、膿) 鼻が詰まる くしゃみがでる

においがわからない 鼻血が出る 頬がいたい その他 ( )

◎のどの症状

のどが痛い 違和感がある 声がれ せき たん

◎その他の症状

めまい(専用の問診票にもご記載下さい) いびきの検査希望 その他 ( )

(2) その症状はいつからですか? 今日から・( ) 日前から・( ) ヶ月前から ( ) 年前から

(3) かかった事のある病気があれば教えて下さい

ぜんそく・けいれん・緑内障・前立腺肥大・糖尿病・心臓病・肝疾患・腎臓病・その他 ( )

(4) 薬や食べ物で異常やアレルギーを起こしたことはありますか? ない場合は「なし」に○を付けて下さい

なし あり ( )

(5) (女性のみ) 現在妊娠していますか? いいえ・はい ( ) 週・不明 授乳中ですか? いいえ・はい

(6) たばこをすいますか? いいえ・はい→1日 ( ) 本 やめた ( ) 年前

(7) (子供さんのみ) 保育園や幼稚園に通っていますか? いいえ・保育園・幼稚園

(8) (子供さんもしくは希望される方) 処方するお薬の形態について

・シロップ ・粉のお薬 ・錠剤 ・医師に任せる (治療内容により、希望に添えないことがあります)

(9) その他気になること、医師に相談したいことがありましたらどうぞ自由にお書き下さい