

＜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	メール: @
※保育園・幼稚園に通っていますか→(保育園・幼稚園・いいえ) ※職業()			

※熱があるようでしたら受付にお申し出下さい → 体温()℃

(1) 本日はどのような症状で受診されましたか?あてはまる症状を○で囲んでください。 ★専門の問診票あり

◎耳の症状	◎鼻の症状	◎のどの症状	◎その他
(右耳・左耳・両耳)			
痛い	鼻水	痛い	★花粉症
耳だれ	(さらさら・黄色・ねばねば)	のどに違和感がある	<input type="checkbox"/> アレルギー検査希望
聞こえにくい	鼻づまり	せき	★めまい
耳鳴り	くしゃみ	たん	いびきの検査希望
ふさがった感じ	頬が痛い	声がれ	その他(自由記載)
	においが分からない		
	鼻血が出る		

(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) いままでにかかった事のある病気があれば教えてください

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) 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、スタッフにお渡し下さい

いいえ → お持ちでない場合は、お薬の名前を下にお書き下さい

現在使用中のお薬:

病院・クリニック:

(5) 処方するお薬の形態について(子供・希望される方)

・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)

(6) 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()

(7) (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

(8) たばこをすいますか? いいえ・はい→1日()本 やめた()年前

(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

※ご記入いただいた内容は厳重に管理し、アンケートや集計処理やご案内等以外には使用することはございません。