

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男性・女性)

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

子供さんのみ→体重 \_\_\_\_\_ kg、卵アレルギーなし・あり 熱性けいれん・ひきつけ なし・あり  
飲める薬に○、飲めない薬に×をつけて下さい→錠剤・粉剤・水薬・カプセル

1. 今回どこの診察を希望されますか。○をつけてください。  
耳(右、左)、めまい、鼻、のど、くび、その他 ( \_\_\_\_\_ )
2. どのような症状が、いつごろからありましたか。  
どのような症状→  
  
いつごろから→
3. 現在服用中の薬はありますか。  
いいえ・はい(どんな薬→ \_\_\_\_\_ )
4. のみ薬や注射などで、かゆみが出たり体に合わなかったことがありますか。  
いいえ・ある(どんな薬で→ \_\_\_\_\_ )  
どうなった→ \_\_\_\_\_ )
5. 次にあげる病気がある・かかったことがあれば○をつけてください。  
ぜんそく、糖尿病、高血圧、結核、心臓病、心臓ペースメーカー、肝臓病、  
緑内障、前立腺肥大、胃潰瘍・十二指腸潰瘍、自律神経失調症、うつ、不眠症  
その他 ( \_\_\_\_\_ )、何もなし
6. (女性のみ) 現在妊娠中・授乳中ですか。  
いいえ・はい→妊娠中 ( \_\_\_\_\_ ヶ月)、授乳中、妊娠の可能性がある
7. そのほか何か相談したいこと・聞きたいことがあればお書きください。
8. 当院をどのようにして知りましたか。  
他病院や診療所から紹介されて・建物をみて・電話帳を調べて・  
ハローページの広告・インターネットのホームページ・知人の勧めで・  
その他 ( \_\_\_\_\_ )