

診療申込・問診票

ID No.

記入年月日 年 月 日

フリガナ		男・女	小児の方のみ記入して下さい		
氏名			体重	kg	保育園・幼稚園・小学生
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)		自宅電話	-	-
住所	(〒 -)		携帯電話	-	-

※下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますので、ご記入下さい。

①本日受診することになったおもな症状は？

いつ頃から どのような症状

②今回のこの症状について他のお医者さんを受診されましたか？

いいえ はい (いつ頃 何科)

③今までに薬や食べ物でじんましんが出たり、気分が悪くなったりしたことはありますか？

いいえ はい (薬・食べ物)

④今までにかかったことのある病気はありますか？○をして下さい。

花粉症、アレルギー性鼻炎、ぜんそく、中耳炎、めまい、難聴、高血圧、糖尿病、
胃・十二指腸潰瘍、心臓病、肝臓病、腎臓病、血液病、結核、その他()

⑤現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい ()

現在服用中の薬はありますか？ いいえ はい ()

※現在服用中の薬がある方は、その薬の名前がわかる手帳などを受付へ提出して下さい。

⑥現在妊娠中ですか？ いいえ はい (妊娠 週) 不明

現在授乳中ですか？ いいえ はい

⑦通勤もしくは職場で運転はされますか？

いいえ はい (ほぼ毎日、週末のみ、その他)

⑧これまでの耳鼻科治療での疑問点や不安な点、不満な点があれば教えて下さい。

⑨どのようにして当院をお知りになりましたか？○をして下さい。

家族・知人の紹介 自宅・会社が近い 他院からの紹介 駅看板
パソコン用ホームページ 携帯電話用ホームページ その他インターネット
通りがかり タウンページ その他 ()



にしうら耳鼻咽喉科

ありがとうございました