

はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

ふりがな

生年月日

お名前 _____ 男・女 大・昭・平・令 _____ 年 月 日

〒

ご住所 _____ ☎
_____ () _____

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください

1. どうなさいましたか？

耳 どちらが？→ 右・左・両側
痛い かゆい 耳なり 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ 耳あか
自分の声がひびく その他 _____

鼻
鼻づまり 鼻汁が出る（どろどろしたもの、水ばな） 鼻汁がのどにながれる 鼻血
においがしない くしゃみ 鼻がくさい 痛い かゆい
その他 _____

口・のど
痛い つまった感じ せき たん 声がかれる いがらっぽい 乾く
痰に血が混じる 味がわからない その他 _____

その他
発熱 めまい ふらつき 頭痛 顔がはれた くびのはれ くびがいたい
アレルギー検査希望 その他 _____

2. いつごろからですか？ (_____ 日・ヶ月・年 前から)

3. いままで下記のような病気をしましたか？

心臓病 肝臓病 腎臓病 高血圧 糖尿病 結核 血が止まりにくい病気
ちくのう症 扁桃炎 中耳炎 ぜんそく じんましん その他のアレルギー疾患
どのようなものにアレルギーがありますか？ _____

4. 現在 他に治療を受けている病気はありますか？

ない
ある→どんな病気ですか？ _____

5. 今までに薬を飲んで異常が起きたことがありましたか？

ない ある→どんな薬ですか？ _____

6. 女性の方にうかがいます

現在妊娠していますか？ いいえ はい (_____ ヶ月)
現在授乳中ですか？ いいえ はい

7. 当院をどのようにして知りましたか？

近所に住んでいる 家族・友人から 看板 電話帳 以前受診したことがある
インターネット (サイトが分かれば教えてください) _____)
その他 _____

8. 当院までの交通手段はなんですか？ 徒歩 自家用車 電車 バス その他 (_____)

いただいた情報は診療以外に利用することはありません。

黒木耳鼻咽喉科医院