

初めて受診される方へ

記入日:平成 年 月 日

ふりがな				
名前	_____	男・女	体重	_____kg
生年月日	大・昭・平	年	月	日生まれ _____才(____ヶ月)
現住所	_____	電話	_____	

- どのような症状で、いつ頃から症状がでてきましたか？
- 糖尿病・肝炎・喘息の治療を受けていますか？
(イ) 糖尿病 (ロ) 肝炎 (ハ) 喘息 (ニ) ない
- 現在他の病院または他の科にかかっていますか？
(イ) いる → (病院名 _____) (ロ) いない
- 現在薬は飲んでいますか？
(イ) いる → 何の薬ですか？(_____) (ロ) いない
- 注射によるショック、または薬での副作用の経験がありますか？
(イ) ある → 薬剤名および症状(_____) (ロ) ない
- 卵・牛乳アレルギーはありますか？
(イ) 卵 (ロ) 牛乳 (ハ) ない
- 喫煙習慣はありますか？
(イ) ある → 1日_____本くらい (ロ) ない
- 風邪薬や鼻炎薬で眠くなったことがありますか？
(イ) ある (ロ) ない (ハ) わからない
- 現在妊娠中、授乳中ですか？
現在妊娠_____ヶ月 授乳して (イ) いる (ロ) いない
- 今までに耳鼻咽喉科の手術を受けたことがありますか？
_____才のとき 手術名: _____
- ペースメーカーなどの金属が体の中にありますか？
(イ) ある (ロ) ない
- 当院にご来院されたきっかけは？(複数可)
(イ) 知人の紹介 (ロ) 他院よりの紹介 (ハ) 以前受診していた
(ニ) ホームページを見て (ホ) 新聞を見て (ヘ) 看板を見て
(ト) 電話帳を見て (チ) 家・職場が近い (リ) その他 _____