

診察申し込み書

(ふりがな)

携帯番号

電話番号

おなまえ () 才

〒

体重 (子供のみ)

Kg

住所

下記の症状は、いつ頃からどのように悪いか簡単に書いて下さい。

みみ (右、左)	はな	のど	その他
耳がかゆい	はながつまる	のどがいたい	目がかゆい
耳がいたい	はな水が多い	舌がいたい	熱がある
耳だれが出る	くしゃみ	こえがれ	食事がとれない
きこえにくい 補聴器希望の(有 無)	においにくい	こえをだしにくい	はきけ
みみなりがする	はな血	のどに何かある ような感じがする	はれ(腫れ)がある
めまいがする	頭がおもい、いたい	せき、たん	いびき
耳のつまる感じ	のどにはながおる		下痢
耳をさわる			

おたずねします○印をおつけ下さい

- ・かぜ薬でねむくなったことがありますか (ある・ない)
- ・注射やのみぐすり、気分が悪くなったり、ショックをおこしたことがありますか (ある・ない)
- ・食物(卵、牛乳、サバ等)でじんましんが出たことがありますか (ある・ない)
- ・今までに医師よりアレルギー体質(喘息・アトピー等)といわれたことがありますか (ある・ない)
- ・つぎの病気はありますか 糖尿病(ある・ない) 高血圧(ある・ない) 肝臓病(ある・ない)
- ・タバコ(すう・すわない) お酒(のむ・のまない)
- ・以前に耳鼻咽喉科で手術を受けたり、大きな病気にかかったことがありますか (ある・ない)

(手術名:)

*現在、他の医療機関に通院・治療していますか (ある/病院名) ない)

・現在、治療中の病気がありますか (ある・ない)

治療内容

・現在、内服中の薬はありますか (ある・ない) (*マイナ保険証による情報取得に同意した方については記載省略)

・女性の方にお聞きします 妊娠の可能性は (ある・ない)

・保育所、幼稚園、託児所にかよっていますか (はい・いいえ)

通園している場合、帰宅時間()時 就寝時間()時

*マイナ保険証による診療情報に同意 (する・しない)

*他の医療機関からの紹介状 (あり・なし)

*この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る) (受診した・受診なし)

(*マイナ保険証による情報取得に同意した方については記載省略)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。