診察申込書

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな　　携帯番号

お名前　　（　　）歳　　電話番号

体重（お子さま）　　kg　　〒

ご住所

症状について

いつ頃から、どのように具合が悪いか、ご記入ください。

当てはまる症状に○をつけてください。

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	においにくい	こえをだしにくい	はきけ
補聴器希望（有・無）	はな血	のどに何かある	はれ（腫れ）がある
みみなりがする	頭がおもい・いたい	ような感じがする	いびき
めまいがする	のどにはながおりる	せき・たん	下痢
耳のつまる感じ			
耳をさわる			

おたずねします　― 当てはまる回答に○をつけてください ―

かぜ薬でねむくなったことがありますか　（ある ・ ない）

注射やのみぐすりで、気分が悪くなったりショックを起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）

医師にアレルギー体質（喘息・アトピー等）といわれたことがありますか　（ある ・ ない）

持病：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・病名：

現在、他の医療機関に通院・治療していますか　（ある ・ ない）

病院名：　治療内容：

現在、治療中の病気がありますか　（ある ・ ない）

現在、内服中のお薬はありますか　（ある ・ ない）

お薬名：

便秘のお薬は飲んでいますか　（はい ・ いいえ）

女性の方：妊娠の可能性はありますか　（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の取得に同意しますか　（する ・ しない）

他の医療機関からの紹介状はありますか　（ある ・ ない）

この１年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けましたか　（受診した・していない）

※ マイナ保険証による情報取得に同意した方は、上記健診の回答は省略できます。

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。