

# 診 察 申 込 書

平成 年 月 日

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳

〒  
ご住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ (男・女)

\* 領収書発行 (希望 ・ 希望しない)

1 今日はどうなさいましたか？ あてはまる症状に をつけて下さい。

耳	( 左・右 ) 耳痛 ・ 耳だれ ・ 耳閉感 ・ 耳鳴り ・ 耳垢 ・ 聞こえが悪い
鼻	においがしない ・ くしゃみ ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 鼻血 ・ いびき
のど	のどが痛い ・ 咳 ・ 痰 ・ 声がかれた ・ 発熱 ( )
	飲み込みにくい のどがかゆい ・ のどがつまった感じ ・ 癌の心配がある
舌	口内炎 ・ 舌が痛い ・ 舌がひりひりする ・ 味がしない
首	リンパ腺が腫れた ・ 耳の下が腫れた ・ おたふくかぜの可能性はある
めまい	ぐるぐる回転する ・ ふらふらする ・ 体を動かすとめまいがする
その他	

2 薬剤アレルギー ( 無 ・ 有 薬剤名 )

たばこ	お 酒	妊 娠 ・ 授 乳	15才以下の方 体重 kg
無 ・ 本/日 × 年	無 ・ 有	無 ・ 有	

3 今までにかかった耳鼻科の病気および手術の有無をお書き下さい。

( 病名: \_\_\_\_\_ 病院: \_\_\_\_\_ 手術: 無 ・ 有 )

4 現在、ご治療中の病気および内服の有無をお書き下さい。

( 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳血管障害 ・ 腎臓病  
肝臓病 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 悪性腫瘍 ・ 性病 ・ 虫歯・義歯 ・ その他  
内服 無 ・ 有 )

5 当院を選ばれた理由をお聞かせ下さい。

( 知人の紹介 ・ 電話帳 ・ インターネット ・ 以前も通院していた ・ 近いから ・ その他 )