

予 診 票

フリガナ

(生年月日)

氏名 _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳 体重 _____ kg
〒 _____ 携帯電話 _____
住所 _____ 自宅電話 _____

現在の病状について (いつ頃からですか?) _____)

- | | | |
|--|---|--|
| 1. 耳に関して ・耳が痛い (右・左・両耳) ・耳だれが出る (右・左・両耳) ・聞こえが悪い (右・左・両耳) ・耳鳴り (右・左・両耳) ・耳がかゆい (右・左・両耳) ・耳がふさがった感じ(右・左・両耳) ・耳あか | 2. 鼻に関して ・鼻がつまる ・鼻汁が出る (水・膿) ・鼻血が出る (右・左) ・くしゃみ ・いびき ・においがしない | 3. のどに関して ・痛い ・咳が出る ・声がかれる ・たんが出る ・何かひっかかっている感じ |
| 4. めまいがする ・ぐるぐるまわる ・ふらつく | 5. 発熱 ・最高 _____ 度 ・今日 _____ 度 | 6. その他 |

現在治療中、または以前かかった病気がありますか？

- | | | | |
|-------|---------------|---------------------|------------|
| ・緑内障 | ・前立腺肥大 | ・糖尿病 | ・心臓病 |
| ・高血圧 | ・胃かいよう | ・肝炎 | ・喘息 (ぜんそく) |
| ・アトピー | ・中耳炎 | ・アレルギー性鼻炎 (春・秋・その他) | |
| ・難聴 | ・副鼻腔炎 (ちくのう症) | ・めまい | ・その他 |

現在、他の病院で薬をもらっていますか？

- ・もらっている _____
薬の名前
- ・もらっていない

今までに受けた手術があればご記入ください。

いつ頃 _____ 手術内容 (_____)

薬のアレルギーはありますか？

- ・ある _____
薬の名前
- ・ない

乳幼児の方にお尋ねします。該当するものに○をつけて下さい。(保育園・幼稚園・通園していない)

タバコを吸われますか？ ・吸う (一日に _____ 本) ・吸わない

女性の方にお尋ねします。

- ・妊娠中ですか？ ・はい (_____)ヶ月 ・いいえ
- ・授乳中ですか？ ・はい ・いいえ

当院オリジナルお薬手帳 (無料) を希望されますか？ ・はい ・いいえ

これから受ける診察に、特にご希望があればお書きください。

※この予診票は B5サイズです