

ふりがな

記入日 令和 年 月 日

ご氏名 _____ 様 () 歳 男 ・ 女 ご職業 _____

〒 _____ 電話番号 _____

ご住所 _____ 携帯電話 _____

15歳以下の方は体重を記入してください。

体重 _____ kg

1. 今日はどうのような症状で受診されましたか。

※ 手術治療ご相談の方
() 扁桃腺摘出 () 鼻レーザー
() その他の手術

2. 上記の症状はいつごろからありますか。

本日より・() 日前から・() 週間前から・() カ月前から・() 年前から

3. 上記の症状で他院の診察、治療を受けたことがあれば記入してください。

病院名 _____ いつごろ _____

4. 薬のアレルギーがありますか。

なし ・ あり (薬剤名 _____)

5. たばこ: 吸わない ・ 吸う ・ 過去に喫煙歴あり

→『吸う』または『過去に喫煙歴あり』の方 (本/1日 約 _____ 年間)

6. お酒: 飲まない ・ ときどき飲む ・ ほぼ毎日飲む

7. 妊娠中、授乳中、妊娠の可能性ありますか。(はい ・ いいえ)

妊娠中 (_____ 週) ・ 妊娠の可能性がる ・ 授乳中 (_____ 歳 _____ ヶ月)

8. 持病、既往症はありますか。

なし ・ あり (病名 _____)

9. 今までに手術を受けたことがありますか。

なし ・ あり (手術名 _____) (病名 _____)

10. 現在飲んでいるお薬がありますか。 ※お薬手帳は必ずご持参ください。

なし ・ あり (お薬名 _____)

11. 診察医の希望がありますか。

宮崎康博医師 ・ 今村洋子医師 ・ 特に希望なし

当院を受診された理由をお聞かせください。

近い ・ ご紹介 ・ インターネット ・ 電話帳 ・ 今給黎病院で治療 ・ 看板 ・ その他

医療法人橙悠会 耳鼻咽喉科ミック