

初診時間診票

年 月 日

ふりがな

お名前()生年月日 T/S/H/R 年 月 日(才)男・女

未成年の場合保護者名()

学校名() 保育園 幼稚園 小学校 中学校

16歳未満の方のみ 身長: _____ cm 体重: _____ g・kg

〒(-)

住所(市)

連絡先電話番号(自宅・携帯)()院内にて(度)

- 本日はどこがどのようにお困りで受診されましたか。
[]
- それはいつからですか
[]
- その症状は初めてですか。
(初めて・以前もあった・その他 _____)
- その症状で他の病院を受診しましたか(いいえ・はい⇒病院名_____)
- その症状で薬を飲んでいますか(いいえ・はい⇒薬名_____)
- 当てはまる症状があればチェックをお入れください。今回の症状を含みます。

【耳】	【鼻】	【のど】
<input type="checkbox"/> 痛い (右・左・両)	<input type="checkbox"/> 痛い(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 痛い
<input type="checkbox"/> かゆい(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る(右・左・両)	<input type="checkbox"/> (常に・飲み込むときのみ)
<input type="checkbox"/> つまる(右・左・両)	<input type="checkbox"/> (白色・黄色・水様・粘調)	<input type="checkbox"/> つかえる感じ
<input type="checkbox"/> 汁が出る(右・左・両)	<input type="checkbox"/> つまる(右・左・両)	<input type="checkbox"/> ひっかかる感じ
<input type="checkbox"/> 声が響く(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 奥からにおう(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 違和感
<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする(右・左・両)	<input type="checkbox"/> くしゃみが出る	<input type="checkbox"/> 声がかすれる
<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> においがわからない	<input type="checkbox"/> 声が出ない・出にくい
(ゆれる・まわる・ふわふわ)	<input type="checkbox"/> 顔が痛い	<input type="checkbox"/> 咳が出る
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感がする	<input type="checkbox"/> 痰が絡む
[]	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
[]	[]	[]

- ◆アレルギーはありますか(ない・ある⇒薬()花粉()
食物()その他()
- ◆次の病気にかかっている、又はかかったことがありますか(ない・ある⇒治癒/治療中に○を)
 糖尿病(治癒・治療中) 気管支喘息(治癒・治療中) 脳梗塞(治癒・治療中)
 心臓病(治癒・治療中) 高血圧(治癒・治療中) その他_____ (治癒・治療中)
 薬を服用していますか(いいえ・はい⇒薬名 _____)
- ◆タバコは吸いますか(いいえ・はい⇒ _____ 才から _____ 本/日)
- ◆お酒は飲みますか(いいえ・はい⇒何を() 毎日・時々)
- ◆女性の方、現在妊娠中ですか(いいえ・はい)授乳中ですか(いいえ・はい)
- ◆その他何かありましたらお書きください

[]