

はじめて来院された方へ

（下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください） いでい耳鼻咽喉科
平成 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前			被保険者（世帯主）との続柄			
ご住所	〒			電話	()	

1. どうなさいましたか？

耳 どちらが → 右, 左, 両側
 痛い かゆい 耳なり 聞こえが悪い つまった感じ 耳だけ
 自分の声がひびく その他 _____

鼻
 鼻づまり 鼻汁がでる（どろどろしたもの、水ばな） 鼻汁がのどにながれる 鼻血
 においがしない くしゃみ 鼻がくさい 痛い かゆい
 その他 _____

口・のど
 痛い つまった感じ せき たん 声がかれる いがらっぽい 口内が乾く
 ものがうまく飲みこめない 舌が荒れる 息苦しい いびきをかく
 たんに血が混じる その他 _____

その他
 頭痛 顔がはれた くびが痛い くびのはれ 眼がかゆい
 その他 _____

2. いつ頃からですか？ (日前から)

3. いままでどんな病気をしましたか？ ある ない
 (ある場合) → じんましん ぜんそく その他のアレルギー疾患 心臓病 肝臓病
 腎臓病 糖尿病 高血圧 結核 血が止まりにくい病気
 けいれん発作 その他 _____

4. 今までに薬を飲んで異常が起きたことがありましたか？

ない ある (どんな薬ですか)

5. 今までに手術を受けたことがありますか？ ある ない
 (ある場合) → ちくのう症, 中耳炎 扁桃腺 こまく切開
 その他 _____

6. 現在、他の病気で通院していますか？

かかっていない
 かかっている (どこが悪くてかかっていますか？)

7. 女性の方にうかがいます

- ・妊娠していますか いいえ はい (カ月)
- ・現在授乳中ですか いいえ はい

8. 来院しやすい曜日に○を付けて下さい。 (月 火 水 金 土)

また、どのくらいの頻度なら通えますか。

9. 最後に、こちらの医院をなぜ知りましたか。該当するものに○を付けて下さい。

- ①駅の看板、②電柱看板、③医院の前の看板、④電話帳、⑤イエローページ
 ⑥知人に聞いた、⑦書籍、⑧その他 ()