



お名前: _____ 年齢: _____ 性別 (男・女) 体温 _____ °C

1. 今日どのような症状で来院されましたか？

- 耳 (ミギ・ヒダリ) 痛み かゆみ 耳だれ きこえない 耳鳴り めまい
その他 (_____)
- 鼻 鼻みず 鼻づまり くしゃみ 眼のかゆみ
鼻血 においがわからない
その他 (_____)
- のど 痛み 嚥下痛 味がわからない せき たん
声がかれる のどの違和感
その他 (_____)
- その他 (_____)

この症状はいつからですか？ _____ 日前・ _____ 週間前・ _____ 年前 から
その他 (_____)

2. 今までに大きな病気になったり、治療を受けたことがありますか？

- 高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 不整脈 喘息 胃潰瘍 肝炎 結核
がん (部位 _____)
- その他 (_____)

今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ・はい _____ 年前 _____ 歳頃 手術名 (_____)

3. 現在、お使いの薬はありますか？

いいえ・はい → お薬手帳をご提示下さい。
お薬手帳が無い場合は薬の名前をお書きください。
(_____)

4. 薬・注射で副作用・アレルギーがありますか？

いいえ・はい (_____)

5. タバコを吸いますか？

いいえ・はい 1日 _____ 本 _____ 年間

6. お酒を飲みますか？

いいえ・たまに・はい 1日の飲酒量 (_____)

7. 現在、妊娠しているか、またはその可能性がありますか？ (女性)

いいえ・はい 第 _____ 週

8. 現在、授乳中ですか？ (女性)

いいえ・はい

ハートアイランド耳鼻いんこう科

初診申込用紙

太枠内をご記入後、健康保険証と一緒に受付へお出し下さい。

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日 歳
ご住所	〒 -	
電話番号	- -	自宅・職場 ()
携帯電話	- -	本人・その他 ()