

# 診療申込書

ID:
ふりがな 受診者氏名：
性別：男・女
生年月日：明・大・昭・平          年    月    日
郵便番号：          ー
住所：
電話番号：
携帯電話番号：
メールアドレス：

小林耳鼻咽喉科内科クリニック

裏面が問診票になっておりますのでご記入お願い致します。

あなたは、どのようにして『小林耳鼻咽喉科内科クリニック』をお知りになりましたか。

- 1.他の医療機関の医師に紹介された。
- 2.当院に通院している患者さんに紹介された。
- 3.新聞・雑誌などに掲載された記事を読んだ。
- 4.テレビで見た。
- 5.通りがかりに広告・看板を見た
- 6.家族・近所の人・知人などに聞いた
- 7.タウンページで見たから。
- 8.インターネットで見た。(当院ホーム・ページ 日本めまい平衡医学会ホーム・ページ その他)
- 9.その他 ( )

来院にご利用になった交通機関は何ですか。ご利用のすべてに○をお付けください。たとえば JR とバスであれば両方に○をお付けください。

- 1.徒歩
- 2.自転車
- 3.バス
- 4.鉄道(東急電鉄・JR・地下鉄・東急以外の私鉄\_\_\_\_\_)
- 5.自家用車・バイク
- 6.タクシー
- 7.その他( )

通院に要した時間はおおよそどれくらいですか。 時間 分

## 問診票

(診察時の参考にしますので○で囲んで下さい)

- ① 異常と感じておられるところを○で囲んで下さい

耳(右・左) 鼻 のど 顔面・頸部 内科的症状 その他( )

- ② どのような症状か○で囲んでください。

耳・・・きこえにくい つまった感じ 耳鳴り 耳だれ かゆみ 痛み 補聴器

鼻・・・くしゃみ 鼻みず 鼻がつまる 鼻血がでる においがしない

のど・・・痛み 声がれ せき たん 何かがあるような気がする 魚骨など異物 味がわからない

顔面・頸部・・・痛み 腫れ 美容 顔面神経麻痺・顔面けいれん

その他・・・めまい 頭が重い 頭痛 たちくらみ 肩こり しびれ

内科的な症状がおありの方は具体的な症状をお書きください。

( )

- ③ いつから症状がありますか

( )日前から ( )週間前から ( )ヶ月前から ( )年前から

- ④ 他の医師の治療を受けましたか。(はい・いいえ) 病・医院名( )

- ⑤ 耳鼻咽喉科に関して手術を受けたことがありますか (はい・いいえ)

手術名:( )手術年月日( )病・医院名( )

- ⑥ 耳鼻咽喉科以外の手術を受けたことがありますか (はい・いいえ)

手術名:( )手術年月日( )病・医院名( )

- ⑦ 今までに耳鼻咽喉科以外の下記の病気にかかったことがありますか。(ある・ない)

結核 高血圧 腎臓病 心臓病 肝臓病 喘息 血がとまりにくい病気 その他

- ⑧ 現在、他の病気で治療中ですか(はい・いいえ) 病名( )

- ⑨ 現在、他の病気で薬を飲んでいますが(はい・いいえ) 薬剤( )

- ⑩ ペニシリンなどの薬で蕁麻疹などのアレルギー症状が出たことがありますか。(ある・ない)

- ⑪ 女性の方 現在妊娠中ですか(はい・いいえ) 授乳中ですか(はい・いいえ)