

診 療 申 込 書

カルテNo _____

年 月 日

ラックNo _____

医療法人社団大通メディカルクリニック小野寺耳鼻咽喉科

フリガナ			
氏 名	男・女 配偶者 (有 無)		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	歳 ヶ月 (12歳以下の方・体重 kg)
自宅住所	TEL ()		
会社名			
会社住所	TEL ()		
以前来院	ない	ある (あるの方 年 月頃)	

----- キ リ ト リ 線 -----

問 診 表 ○印などをご記入下さい

- 食物などのアレルギーはありますか ない・ある 症状 ()
- 薬を使った時に副作用が出たことはありますか ない・ある 症状 ()
副作用の出た薬品名はなんですか ()
- 熱はありますか? ない・ある(°C)・わからない
- 通院中の病院、または服用中の薬がある人 ない・ある
() 病院で () を内服中

耳の症状	鼻の症状	口・のどの症状	めまいの症状
痛みがある(右・左)	痛みがある(右・左)	痛みがある	ぐるぐる回る感じがする
つまった感じ(右・左)	鼻水が出る	声がかすれる	ふわふわする
耳だれがある(右・左)	鼻がつまる(右・左)	咳が出る	ふらつきがある
耳鳴がする(右・左)	くしゃみが出る	痰がからむ	目の前が暗くなる
かゆみがある(右・左)	鼻血が出る(右・左)	つまった感じがする	吐き気がある
聞こえにくい(右・左)	できものがある(口臭がきになる	手足のしびれがある
耳あかがある(右・左)	においがにぶい	いびきがひどい	頭がいたい
その症状はいつからありますか? 今日、() 日前、() 週前、() ヶ月前 () 年前			
その他の症状や医師に伝えたいことがあればご記入下さい			