

ふりがな

お名前

男 ・ 女

生年月日

大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日

年齢 歳

〒 住所

※ご連絡先のお電話番号は必ずご記入下さい

★電話番号(自宅) — —

★携帯番号 — —

ご予約のご希望の時間帯・曜日(ご参考程度にお聞かせ下さい)

月 火 水 金 土 午前 午後

交通手段

徒歩 自転車 車 バス 電車

1. 身長・体重(小さなお子様は必ずご記入下さい)

cm kg

2. 今日どのような症状がありますか？

※あてはまる項目に  チェックをお願いします熱がある ( . °C)

耳		
痛い	右	左
かゆい	右	左
つまる	右	左
耳だれ	右	左
耳なり	右	左
難聴	右	左
ピアス	右	左

鼻		
鼻汁	右	左
つまる	右	左
痛い	右	左
匂いが分からない	右	左
鼻血	右	左
くしゃみ		
目がかゆい		

のど・口・舌	
のどが痛い	
せき・たん	
声がかれた	
のどに違和感	
口の中腫れた	
口の中、舌痛い	
いびき、口呼吸	

その他	
めまい・ふらふら	
吐き気・嘔吐	
頭痛・頭重感	
頬が腫れた	
首が腫れた	
顔の動きが悪い	

※その他 ( )

3. いつからですか？

今日 昨日 一昨日 1週間前 1ヶ月前 かなり前から その他( )

4. 今回の症状で他に診察をうけましたか？

受けない 受けた いつ( ) ところで( )

何といわれましたか ( )

治療内容 ( )

5. 今迄に次の病気をしたことがありますか？

糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞 喘息 結核 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病  
その他病気( )

6. 今迄に入院・手術をした事がありますか？

いいえ はい ( )歳の時 病名( )

7. 現在薬を飲んでいますか？

※お薬手帳、飲んでいる薬が書いてある用紙をお持ちの方は診察前に受付にお見せ下さい

いいえ はい 服用している薬があるが本日持参していない

本日お薬手帳等をお持ちでない方は薬の名前をご記入下さい( )

8. アレルギーはありますか？

いいえ はい ( 薬 麻酔注射 食べ物 花粉症 その他( ) )

9. タバコは吸いますか？

吸わない 吸う 1日( )本 × ( )年間

10. お酒は飲みますか？

飲まない 飲む ( 毎日 ・ 時々 ・ 週( )回位 )

11. (女性の方へ)現在妊娠していますか？授乳中ですか？

妊娠していない 予定している 妊娠している( )週 授乳している

12. 当院を何でお知りになりましたか？

医療機関より紹介された(紹介状を持参して いる いない) 薬局・調剤所に聞いて 通りすがり通勤・通学中に見つけた 家族がすでにかかっている インターネット・ホームページ タウンページご近所ドクターBOOKを見た バスの宣伝 知人からの紹介 その他( )