



令和 年 月 日 ()

フリガナ 生年月日
お名前 様 男 ・ 女 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

住所 〒

電話番号〈自宅〉 () 〈携帯電話〉 ()

職業 体重 k g (1 2 歳以下の方) 体温 °C

1. 今日はどうされましたか。○をつけて下さい。一番困るものに◎つけてください。

耳 (右・左)	耳が痛い 耳だれ 耳あかをとってほしい 耳がかゆい 聞こえない 耳鳴り ふさがった感じ 補聴器相談 その他 ()
鼻	鼻水 鼻づまり くしゃみ 鼻血 においがわからない 舌下免疫療法 花粉症 アレルギー性鼻炎 アレルギー検査希望 その他 ()
のど	のどが痛い せき 痰 声がかれる のどの違和感・つまった感じ 喉頭がん検診
くち	口内炎 味がわからない できもの その他 ()
その他	めまい ふらつき いびき 睡眠時無呼吸検査希望 首がはれた 顔面神経麻痺 慢性上咽頭炎 (B スポット) 治療希望 ABO 血液型検査 ピアス 予防接種 学校検診 その他 ()

2. 上記症状について記入してください。

・いつ頃からですか? 日前から 週間前から カ月前から その他

・この症状について治療を受けましたか?

いいえ はい 医療機関名 治療内容

3. 現在飲んでいる薬がありますか?

いいえ はい 薬の名前

4. 耳鼻科以外の病気にかかったことがありますか。

高血圧 糖尿病 胃潰瘍 心臓病 喘息 肝炎 緑内障 結核 その他 ()

5. 薬や食物のアレルギーがありますか?

いいえ はい 薬・食物の名前

6. 女性の方: 妊娠の可能性ありますか? いいえ はい 妊娠中の方 カ月

現在、授乳中ですか? いいえ はい

7. 当院に来院されたきっかけを教えてください。

自宅・職場が近い かかりつけ 家族の紹介 知人の紹介 他院からの紹介 書籍

看板 (クリニック前 ・ 駅ナカ ・ 街中ポスター ・ 駐車場掲示)

当院ホームページ 紹介サイト (Google ・ EPARK ・ QLIFE ・ Caloo ・ マチマチ ・ 病院ナビ ・
ドクターズファイル ・ その他サイト) その他 ()

日曜診療 土曜全日診療 受付時間 駐車場 駐輪場 駅近 治療内容 Web 予約 感染予防

8. 当院への交通手段について

徒歩 自転車 車 電車 バス タクシー バイク