

予 診 票

フリガナ

(生年月日)

氏名 _____ 年 月 日

年齢 _____ 歳 体重 _____ kg

〒 _____

携帯電話 _____

住所 _____

自宅電話 _____

※現在の病状について（いつ頃からですか？）

1. 耳に関して

- ・耳がずっと痛い（右・左・両耳）
- ・耳だれが出る（右・左・両耳）
- ・聞こえが悪い（右・左・両耳）
- ・耳鳴り（常に）（右・左・両耳）
- ・耳がかゆい（右・左・両耳）
- ・耳がふさがった感じ（右・左・両耳）
- ・耳あか
- ・自分の声が響く・周りの音が響く

2. 鼻に関して

- ・鼻がつまる（右・左）
- ・鼻汁が出る（水・膿）
- ・鼻血が出る（右・左）
- ・くしゃみ
- ・においがしない
- ・鼻茸（ハナタケ）と言われた
- ・副鼻腔炎と言われた

3. のどに関して

- ・痛い、食事が食べられない
- ・咳が出る（昼・夜中も）
- ・声がかれる、声が出ない
- ・たんが出る
- ・何かひっかかっている感じ
- ・息苦しい
- ・悪い病気がないか？心配

4. めまいがする

- ・ぐるぐるまわる
- ・ふらつく、目の前が暗くなる

5. 発熱

- ・最高 _____ 度
- ・今日 _____ 度

6. その他

- ・いびき・呼吸が止まる
- ・目がかゆい

※現在治療中、または以前かかった病気がありますか？

- ・緑内障
- ・前立腺肥大
- ・糖尿病
- ・心臓病
- ・高血圧
- ・胃かいよう
- ・肝炎
- ・喘息（ぜんそく）
- ・アトピー
- ・中耳炎
- ・アレルギー性鼻炎（春・秋・その他）
- ・その他
- ・難聴
- ・副鼻腔炎（ちくのう症）
- ・めまい

※現在、他の病院で薬をもらっていますか？

- ・もらっている
 - ・もらっていない
- 薬の名前 _____

※今までに受けた手術があればご記入ください。

いつ頃 _____ 手術内容（ _____ ）

※薬のアレルギーはありますか？

- ・ある
 - ・ない
- 薬の名前 _____

※乳幼児の方にお尋ねします。該当するものに○をつけてください。（保育園・幼稚園・通園していない）

※タバコを吸われますか？ ・吸う（一日に _____ 本） ・吸わない

※女性の方にお尋ねします。

- ・妊娠中ですか？ ・はい（ _____ ）ヶ月 ・いいえ
- ・授乳中ですか？ ・はい ・いいえ

※御希望の検査などありましたら、ご記入ください。

例として）聴力検診、アレルギー検査、喉頭ファイバー、イビキの検査、レーザー手術、鼻茸手術、レントゲン等

※この予診票は B5サイズです