

♪♪はじめて来院された方へ♪♪

平成 年 月 日

ふりがな

氏名

男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日 (才)

自宅住所 〒

TEL ()

身長 cm 体重 kg

当クリニックは耳鼻咽喉科になります

※本日はどうされましたか？あてはまるところに○をして下さい。

耳（右・左・両方）が・・・痛い・かゆい・聞こえにくい・耳あか・耳だれ

鼻（右・左・両方）が・・・つまる・鼻水が出る・くしゃみ

のどが・・・・・・・・・・・・・痛い・たん・せきが出る

お腹（下痢・嘔吐・腹痛）

熱がある（ 度）

その他（)

※いつからですか？ から

※以下の質問にお答え下さい。

*他院で薬を飲まれていますか？ いいえ / はい

☆お薬手帳や薬の名前が明記されているものがありましたら、受付にお見せください

薬の名前（)

*どちらの病院におかかりですか？()

*ご希望するお薬の形状（錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ）

*薬・注射のアレルギーはありますか？ なし・あり()

*卵・牛乳・その他食物のアレルギーはありますか？

なし・あり(卵・牛乳・その他食物)

※今までにかかった病気は？

中耳炎・副鼻腔炎（蓄膿症）・はしか・みずぼうそう・おたふく・風疹・

突発性発疹・ひきつけ・その他()

※以前入院や手術をしたことがありますか？

ない・ある(その病名)

☆下記のアレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか？

気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー

※当院はどうやってお知りになりましたか？

- | | |
|-------------|-------------------|
| 1. インターネット | 4. 家族が通っている |
| 2. 当院ホームページ | 5. 知人の紹介 |
| 3. 看板広告をみて | 6. 他院からの紹介(病院名:) |
| ・ 駅看板 | 7. 家(職場)から近い |
| ・ 電柱 | 8. その他() |
| ・ クリニック看板 | |