

ふりがな _____ 大・平 年 月 日 生まれ (年齢 歳)
 名 前 (男・女) 昭・令 _____
 12歳以下のお子様 (体重 kg)

住 所 〒 _____ 電話 () _____
 携帯 _____

お呼びする時に、フルネームでお呼びしてもよろしいでしょうか？ はい いいえ ハガキでのご案内が不要の方は✓を入れてください。

1. 当院では、耳・鼻・のどの病気や治療、日常を健康に過ごすコツなどの情報をお届けしています。ご希望の方はメールアドレスをご記入ください。

E-mail _____ @ _____

迷惑メール防止機能をお使いの方は yahoo.co.jp ドメインおよびURLリンク付きメール受信が可能かどうかを事前にご確認ください。

2. 当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)

- ①家族から聞いて (家族 _____ 様) ②知人 _____ 様から聞いて
- ③他の医療機関から聞いて ④近所・通りがかり ⑤看板・電柱の看板を見て ⑥バスのアナウンス
- ⑦当院のホームページ (当てはまるものに○をつけてください: パソコン スマートフォン 携帯)
- ⑧Facebook ⑨Instagram ⑩Yahoo 広告 ⑪Google 広告 ⑫おかコミ ⑬ウィメンズパーク
- ⑭病院ナビ ⑮その他ホームページ (_____) ⑯チラシ ⑰その他 (_____)

3. 以下の検査や治療を希望される方は✓をおつけください。

30分で分かる41種類のアレルギー検査 補聴器の調整や購入の相談

※この検査は午前は11時30分まで、午後は17時30分までに受付にて受診手続きをしていただいた方に限ります。

いびきや睡眠時無呼吸の検査や治療

4. 本日はどのような症状で受診されましたか？

鼻の吸引・鼻ネブライザーを希望する方は✓を入れてください。
 ※ご希望があっても医師の判断でお断りする可能性もございます。

耳の症状: (どちらの耳が) 右耳 左耳 両方の耳
 耳が痛い 耳だれが出る 耳がかゆい 聞こえが悪い 耳そうじ希望
 耳がふさがった感じがする 耳鳴りがする めまいがする (ぐるぐる ふわふわ)
 鼻の症状: 鼻水がでる (水のよう ねばい 膿のよう) 鼻がつまる くしゃみがでる
 鼻血 (右 左 両方) 匂いがしない 鼻が痛い ほほが痛い (右 左 両方)
 のどの症状: 息がしにくい のどが痛い のどに何かある感じ のみこみにくい 声がかれる
 口内炎ができた 舌が痛い 咳が出る たんが出る 味がわからない
 全身症状: 熱がある (度 分) 日中眠い時がある 夜中に息が止まる いびき 夜泣き
 体がだるい 頭が痛い 頭が重い 吐き気がする 機嫌が悪い 目のかゆみ
 その他 (_____)

5. その症状はいつごろからですか？ 今日から () 日前から () ヶ月前から () 年前から

6. すでに他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ はい (いつ: _____ どの病院: _____)

7. 今までにかかった病気があれば、教えてください。 熱性けいれん 糖尿病 高血圧 前立腺肥大

ぜんそく 小児ぜんそく 花粉症 アレルギー性鼻炎 食物アレルギー (_____)
 アトピー 緑内障 その他 (_____) 手術 (_____)

8. 現在飲んでいる薬はありますか？ あれば教えてください。

いいえ はい (薬の名前: _____)

9. 今までに薬や注射や点滴や麻酔などで体に異常がおきたことがあれば以下にお書きください。

(薬の種類: _____ 症状: _____)

10. 女性の方への質問です。

●現在妊娠していますか？またはその可能性がありますか？ ●現在授乳中ですか？
 いいえ 可能性がある はい (_____ ヶ月) いいえ はい (_____ ヶ月)

11. タバコは 現在吸っている (1日 本 年間) 吸わない 以前は吸っていた

12. 保育園や幼稚園に通っていますか？ いいえ (託児所 保育園 幼稚園) に通っている