

初診申込書

ふりがな： _____ 氏名 _____ 様

生年月日： 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

住 所： (〒 _____) _____

自宅電話： _____ 携帯電話： _____

当院までの交通手段： 車 / 徒歩 / 自転車・バイク / その他(_____) 所要時間 (_____ 分)

問診票 (氏名： _____ 様) 診療日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

●本日の診察希望の箇所のみ○をつけてください (15歳以下の方体重 _____ Kg)

耳	鼻	のど	口や舌	首	めまい	レーザー相談
花粉症・アレルギー	→ 鼻水、鼻づまり、くしゃみ、目のかゆみ、その他(_____)					

●どのような症状がありますか？症状の程度は… 1 2 3 4 5 ○してください
軽い →→→→→とてもつらい

●その症状はいつからありますか？ はじめて / 以前から続いている / これまで繰り返している

例：○月○日から、○年頃からずっと・時々、春や秋に… (花粉症 今年は、 月 日から)

●薬や食べ物のアレルギーは

ある	ない
----	----

 抗生剤・麻酔の薬・鎮痛剤・その他 (_____) 食べ物 (_____)

●アレルギーの検査を受けたことが

ある	ない
----	----

 ある方：いつ頃 (_____) どこで (当院 他院) 他院で検査の方 → 【結果】すぎ・ひのき・ハウスダスト・ダニ・その他 (_____)

●過去にアレルギーの薬を飲んだことが

ある	ない
----	----

内服・使用したことのある薬に○をしてください (複数可)

・デザレックス・ビラノア・ザイザル・アレグラ・ディレグラ・クラリチン・アレロック・タリオン・ジルテック

・エバステル・キプレス・シングレア・オノン・ルパフィン・その他 (_____)

・アラミスト点鼻・ナゾネックス点鼻・フルナーゼ点鼻・その他 (_____)

●現在の処方薬が

ない	ある →
----	------

 (_____)

●女性の方であてはまるものがあれば○をしてください

妊娠中	授乳中	妊娠希望
-----	-----	------

あてはまるものがあれば、○をしてください

●熱 (1週間以内) (有 ・ 無 : _____ 日から _____ 日 _____ 度)

●咳 (1週間以内) (有 ・ 無 : _____ 日から _____ 日)

●咽頭痛 (有 ・ 無)

●息苦しい (有 ・ 無)

●たるい (有 ・ 無)

●急な嗅覚・味覚障害 (有 ・ 無)

●ご家族や学校、周りの方で、最近、感染症等で具合の悪い方はいませんか (有 ・ 無)