

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 (右、左、両) | 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 |    |     |   | 舌下免疫療法の相談<br>睡眠時無呼吸の相談 |        |

軽い →→→ →→とてもつらい

●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

\_\_\_\_\_

●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うけたことが 

|    |    |
|----|----|
| 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 )
- だるい ( 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 )