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：（〒　　ー　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

自宅電話：　　　ー　　　ー　　　　携帯電話：　　　ー　　　ー　　　.

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に○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	
					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　）

●ご家族や周りで、最近、具合の悪い方やコロナの濃厚接触者の方はいませんか（　有　・　無　）