

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)

氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 (15歳以下の方体重 _____ Kg)

●本日の診察希望の箇所のみ○をつけてください

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	
					睡眠時無呼吸症の相談	

●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
効いた薬(_____)
効かなかった薬(_____)
効果の分からなかった薬(_____)
副作用のあった薬(_____) その内容 _____)
【薬剤名例】

・デザレックス・ピラノア・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・アレジオン・アラミスト点鼻・ナゾネックス点鼻・フルナーゼ点鼻

●今現在、他の病院で処方薬が ない ある → お薬手帳持参の方は受付にお持ちください
薬剤名(_____)

●処方薬が「ある」の方、その病気に当てはまるところに○をつけてください
高血圧、糖尿病、喘息、免疫不全、肺の病気、心臓の病気、腎臓の病気、肝臓の病気、胃や腸の病気
脳の病気、精神神経科 _____ その他(_____)
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)

★女性の方お答えください。現在 → 妊娠していない 妊娠中 授乳中 妊娠希望