

## 初診受付票

ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※ 診察時にお名前でお呼びしてもよろしいですか。(はい・いいえ)

※ 問診を受付窓口でさせていただいてもよろしいですか。(はい・別室希望)

今日は、どのような症状がありますか？ O印を付け、下の下線部分に詳細をお書き下さい。

**鼻** いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

鼻づまり 鼻水 鼻のどにながれる クシャミ 臭いかわからない

眼(かゆみ・充血・流涙・眼のショボショボ) 鼻血

頭痛・頭重 頬の腫れ・痛み 眉間やおでこの痛み 首肩こり

コンタクトは使用していますか(はい・いいえ)

**耳(右・左)** いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

耳が聞こえにくい 耳漏(耳から膿がでていますか) 痛み かゆみ

耳鳴 どんな音がしますか？シー・シーンなど( )

耳がつまった感じ ふたをした感じ めまい フラツキ 睡眠は？ \_\_\_\_\_ 時間

**咽喉** いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

咽の痛み 物を飲み込むと痛み 声がかすれる・声がでない

咳 痰 咽がつまった感じ 異常感 いがらっぽい はしかい感じ

咽にしみる感じ 咽が渇く感じ

いびき 睡眠時に呼吸が止まる(呼吸が止まっている時間は？ \_\_\_\_\_ 秒)

\*体重 \_\_\_\_\_ kg

\*タバコはお吸いになりますか。1日にどのくらいですか。(はい・いいえ) \_\_\_\_\_ 本

\*お酒はお飲みになりますか。1日量などのくらいですか。(はい・いいえ)

( / ) 2日/週 ビール350mlなど

\*薬や食物などを服用して、アレルギーが出たり調子が悪くなったりしことはありますか？(はい・いいえ)

薬や食べ物の名前・症状などをお書きください

\*現在、治療中の病気がありますか。(はい・いいえ)

a) 心臓病 b) 高血圧 c) 喘息 d) 腎臓病 e) 肝臓病 f) 糖尿病 g) 脳・脳血管系疾患

h) その他( ) 治療薬はありますか。(はい・いいえ)

\*今までに手術を受けた事がありますか。(上記の疾患も含めて)(はい・いいえ)

手術名( ) 時期( 才) 病院名( )

手術名( ) 時期( 才) 病院名( )

\*花粉アレルギーありますか。(はい・いいえ) \_\_\_\_\_ (お・2月ごろ鼻水など)

\*アレルギーの検査(採血や皮内テストなど)を受けたことがありますか？(はい・いいえ)

\*現在、妊娠しているまたは、可能性はありますか？(はい) 何ヶ月ですか \_\_\_\_\_ カ月・いいえ)