

診療申込書

年 月 日

フリガナ			
氏名	男 女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 () 歳
電話番号	—	—	
携帯番号	—	—	
フリガナ			
住所〒			

職業 未婚・既婚 体重 kg 体温 ℃

お手数ですが、次の事項の該当するところに○印などをご記入願います。

①【受診された理由】

《耳》

《鼻》

《のど》

《その他》

- | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 耳が痛い（右・左・両側） | <input type="checkbox"/> 鼻がつまる | <input type="checkbox"/> のどが痛い | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 耳だれがでる（右・左・両側） | <input type="checkbox"/> 鼻水がでる | <input type="checkbox"/> のみこみにくい | <input type="checkbox"/> 顔面麻痺 |
| <input type="checkbox"/> 耳がかゆい（右・左・両側） | <input type="checkbox"/> 鼻水がのどにおりる | <input type="checkbox"/> のどに異物感がある | <input type="checkbox"/> 首の腫れ、しこり |
| <input type="checkbox"/> 耳そうじ | <input type="checkbox"/> くしゃみがでる | <input type="checkbox"/> 声がおかしい | <input type="checkbox"/> 学校検診 |
| <input type="checkbox"/> 聞こえにくい（右・左・両側） | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> 味が分からない | <input type="checkbox"/> 書類記入 |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする（右・左・両側） | <input type="checkbox"/> 鼻血（右・左・両側） | <input type="checkbox"/> 口内炎 | <input type="checkbox"/> 補聴器相談 |
| <input type="checkbox"/> 耳がつまった感じがする（右・左・両側） | <input type="checkbox"/> においがわからない | <input type="checkbox"/> 魚の骨が刺さった | <input type="checkbox"/> 診断書 |

※その他症状、希望される治療があればご記入ください。（)

②この症状はいつごろからですか？

今日から () 日前から () 週間前から () 月前から () 年前から

③現在治療中や以前言われた病気はありますか？

- ない ある
- 高血圧 心臓病 B・C型肝炎 肝臓病 腎臓病 糖尿病 胃腸炎 喘息
- 緑内障 前立腺肥大 感染症（インフルエンザなど） 出血傾向（血が止まりにくい）
- その他 ()

④現在飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は受付に提出してください。

ない ある 薬剤名 ()

⑤今までに手術を受けたことがありますか？

ない ある 病名 ()

⑥薬または食物でじんましんが出たことはありますか？

薬剤： ない ある→薬剤 ()

食物： ない ある→食物（牛乳・卵・その他） ()

⑦女性の方へ該当するものに○印をつけてください。

妊娠なし 妊娠 () ヶ月 妊娠の可能性あり 授乳中

⑧他の医療機関からの紹介状はありますか？

はい いいえ

⑨マイナンバーカードを使用した方のみ

マイナ保険証の診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ