

ID

☆受診される方は、下記項目にご記入をお願いします

平成 年 月 日

フリガナ			
お名前	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 ()歳
ご住所	〒 -		電話番号 - -

☆どちらで当院をお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 友人・知人	<input type="checkbox"/> ホームページ
<input type="checkbox"/> 看板	<input type="checkbox"/> 当院の前を通過	<input type="checkbox"/> チラシ
<input type="checkbox"/> インターネットで検索	<input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 他医院で当院の医師にかかったことがある		

☆今日はどのような症状で受診しましたか？(いつから・どのような症状があるのかご記入ください)

身長	cm	体重	Kg	体温	℃	血圧	/
ご職業	たばこは吸いますか <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない		お酒は飲みますか <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない				
		何歳から()才 ()本/日	何歳から()才 ()ml/日				

※女性の方へ

妊娠されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	何週目ですか()週目
授乳されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	

お薬や食べ物でアレルギーはありますか 有 無

(薬)	(食物)
-------	--------

☆現在治療中の病気、今までにかかった病気または手術を受けたことがありますか

<input type="checkbox"/> 病気、手術をしたことがある	<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 呼吸疾患	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大
<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> その他()	

現在内服中のお薬があれば、記入してください

☆ご協力ありがとうございました☆

えびす耳鼻科