

# 初めて診察を受けられる方に

(ふりがな)

年齢 (       ) 歳

氏名

男、 女

12歳以下の方、体重 (       ) kg

住所・〒

電話番号

生年月日

1. 当耳鼻科は初めてですか？

はい

いいえ (いつ頃       )

2. ○今日はどこがどのように悪いのですか？

○いつ頃からですか？

3. 注射や薬による副作用 (じんましんなど) はありますか？

ある (       )       ない

4. 今までにかかった大きな病気は？ (入院、手術)

ある (       )       ない

5. 今、治療中の病気は

ある (       )       ない

6. 内服中の薬は

ある (       )       ない

7. 妊娠していますか

はい (    年    月    日出産予定)       いいえ

8. 授乳中ですか

はい       いいえ

(医) 稲垣耳鼻咽喉科