

大気耳鼻咽喉科 初診診療申込書

I.D:

ふりがな:

氏名 :

生年月日:大昭平令 年 月 日

性別 : 男 ・ 女

年齢 : 歳

〒 郵便番号 :

—

住所 :

携帯電話 : ()

自宅電話: ()

ご家族(緊急)の連絡先: ()

名前: (続柄)

職業:

その他:

ご希望の先生があれば丸をお付けください： 誠道先生 ・ 稔子先生 ・ どちらでも

処置伝票

診療内容									
ネブ	大人				子供				
	A 鼻	A のど	B 鼻	超 ネブ	A 鼻	A のど	B 鼻	超 ネブ	
処置	右	イオント		耳垢水					
	左	ツェンテール		ピロゾン					
X線	副 鼻腔	耳	ア イ デ ド	胸					
聴力 検査	純 音		簡 易		語 音		テ パ イ ノ	耳 鳴	
検査	イ ン フ ザ		溶 連 菌		フ ヤ ロ ン		菌 検	フ バ ー ア	
点滴					採 血				

大氣耳鼻咽喉科問診票

氏名： _____ 年齢： _____ 性別：男・女 体重 _____ k g
(↑お子様のみ)

- 1) 今日はどこが悪くて来院されましたか？ 体温 _____ 度
右耳、左耳、鼻、のど、頸部、めまい、その他 (_____)
- 2) 今までに、下記の病気になったり、治療を受けた事がありますか？
高血圧・糖尿病・癌・脳卒中・心臓病・ペースメーカー・喘息・不整脈
胃潰瘍・梅毒・結核・肝炎・その他 (_____)
- 3) 今までに手術を受けた事がありますか？ (はい、いいえ)
いつごろ受けましたか？ (_____ 年前、 _____ 歳頃)
手術名 (_____)
- 4) 今お飲みになっているお薬がありますか？ (はい、いいえ)
種類 _____
お薬の名前または何の薬か、お分かりになればすべてお書きください。
(_____)
- 5) 今までに、薬を飲んで蕁麻疹が出たり気分が悪くなったことがありますか？ (はい・いいえ)
そのお薬の名前がお分かりになれば書いてください。
(_____)
- 6) (女性の方に) 現在妊娠している可能性がありますか？
(はい、いいえ、わからない)
- 7) もし患者さん本人の病気が悪性(癌など)であったとき、告知を希望しますか？
① どのような場合も本人にすべてを告知してほしい
② まず家族に告知してほしい
③ 医師の判断に任せる
④ その他 (_____)
なるべく具体的に記入してください
- 8) もし患者さん本人の病気がエイズであったとき、告知を希望しますか？
① どのような場合も本人にすべてを告知してほしい
② まず家族に告知してほしい
③ 医師の判断に任せる
④ その他 (_____)
なるべく具体的に記入してください

問診を記載された方の、本日受診される方との関係は？

(本人・ご両親・家族・知人・その他 _____)