

受診票

年 月 日

ふりがな			性別	生年月日		当院で以前診療を受けたことがありますか？ ある 年 月頃 ない
患者氏名	氏	名	男・女	明・大・昭・平 年 月 日	才	
現住所	〒		TEL	()		
		市 区 市郡				

職業 (くわしく) 体重 kg

○どこがぐあいわるいのですか？

耳・鼻・咽喉(のど)・顔・頬(ほお)・顎(あご)・口腔・舌・頸部(くび)・気管・食道・めまい・その他

○症状はいつから起りましたか？

年 月 日の朝・昼・晩より ヵ月前より 年前より

○耳の症状の方(右・左・両側)

耳が痛い・耳だれ・耳がかゆい・きこえが悪い・耳がつまった感じがする・耳鳴り・めまい・その他

○鼻の症状の方(右・左・両側)

鼻がつまる・鼻汁が出る(水様・黄色・血が混る)・鼻汁がのどに出てくる・くしゃみ・くさいにおいがする
頭が重いまたは痛い・いびきをかく・鼻あるいは頬の付近が腫れてきた・その他

○のど・口・気管・食道の症状の方

のど又は口の中が痛い・のどに何かつまっているような感じ・口の中に何か出来ている
のどがいがらっぽい・声がかすれる・声が出しにくい・せきが出る・たんが出る

○このことについて今迄治療をうけましたか？

治療をうけていない。 年 月 日より治療をうけている 医院で

○特異体質について： ない ・ ある =じんましん・湿疹・ぜんそく・自家中毒・薬物中毒・注射による

発疹あるいはショック(その薬剤名)・その他

○日常生活について：

酒は？ 飲まない ・ 飲む 1日に

たばこは？ すわない ・ すう 1日に

○熱はありますか？ ない ・ ある 度。 日前に 度あった

○あなたは今迄に耳鼻咽喉科の病気をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

病名

○そのほかに病気をしたことがありますか？ はい ・ いいえ

結核・心臓病・肝臓病・腎臓病・手術を要するほどの腫瘍(おでき) ・ その他

○あなたは今迄に手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

手術名、あるいは病名