

海老名こじろう耳鼻咽喉科 駅前院

年 月 日

ふりがな

お名前

性別 男・女

お子様の体重 kg

年齢 歳 ヶ月 来院時の体温 °C

住所 〒

生年月日

年 月 日 電話番号

携帯

当院をお知りになったきっかけ:近所/通りかかって/ホームページ/紹介( )電柱看板/ロコミサイト  
3ヶ月以内に新型コロナに感染したことはありますか? はい・いいえ

(感染した日 月 日)

1週間以内にコロナやインフルエンザに感染した方との接触はありますか? はい・いいえ

(接触した日 月 日)

1. 本日はどうなさいましたか(症状などご記入ください)

耳・・・(左・右・両方 )

鼻・・・( )

鼻水を吸い取る処置を希望しますか? ( はい / いいえ )

鼻うがいはやったことがありますか? ( はい / いいえ )

喉・・・( )

その他・・・( )

本日の症状はいつからですか  
( )

※鼻や喉に症状があるかたは内視鏡ファイバースコープにて所見を確認させていただく場合がございます。

適切な治療・診断のため、検査を受けることをお勧めします。選択してください。

医師の判断に任せる / 痛くないか不安 / どうしてもやりたくない

(保険適用 3割負担で 1,810円かかります。)

アレルギー検査 希望する / 希望しない / 必要であれば・医師の判断に任せる

(保険適用 3割負担で 5,620円かかります。)

2. ご本人についてお尋ねします ※診察上必要なため必ずご記入ください※

1) 今までに罹った事がある病気はございますか?

( )

2) 現在治療中のご病気はございますか?

( )

3) 現在服用中のお薬はございますか? ご記入もしくは受付にお薬手帳などご提出ください

( )

4) アレルギーがあればご記入ください。

( )

5) 歯科治療の麻酔薬で具合が悪くなったことはありますか?

なし / あり

6) 女性の方にお伺いします。妊娠中 ( ヶ月) いいえ・わからない

授乳中 はい・いいえ

7) 小児の方は服用形態のご希望を選んでください(複数可)

錠剤・粉・シロップ・漢方(可・不可)

8) 次のうち、あてはまるものがありましたら○印をつけてください

ジェネリック

ク希望 / 服用できない時間帯( 時ごろ) / 薬の服用は避けたい

9) 喫煙歴・飲酒歴をご記入ください

喫煙 才から1日 本 飲酒 1日 杯

10) 今までの耳鼻科治療で、疑問点・不安点・不満な点がありましたら教えてください

( )

ご記入ありが

とうございました。受付スタッフへお渡しください