

耳鼻咽喉科外来受診の方へ

氏名:	年齢:
診察券番号:	職業:
電話番号(必要時、病院から連絡してよい番号をご記入してください)	Tel:

1. 具合の悪いところを具体的に記入してください。

何が一番お困りですか?

いつから

どのように

痛みはありますか? なし あり

2. 今までに、下記の病気について指摘されたことはありますか?

 高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 精神病 脳梗塞 脳出血 なし

3. 今までに、大きな病気・入院・手術の経験はありますか?

 なし あり (病名:.....)

4. 薬のアレルギーはありますか?

 なし あり (薬名:.....)

5. 現在、飲んでいる薬はありますか?

 なし あり (薬名:.....)

6. 喫煙はしますか?

- ・ 今まで喫煙したことはない
- ・ 以前喫煙していた: ()年前に禁煙
- ・ 現在も喫煙している: 1日 ()本×()年間

7. 飲酒はしますか?

- ・ 飲まない
- ・ 飲む : (毎日 , 毎週 , 時々)
1日当たりの飲酒量: 日本酒・焼酎()合 , ビール()ml, ワイン()杯

8. 女性の方にお尋ねします。

- ・ 妊娠の可能性はありますか? なし あり (妊娠 カ月)
- ・ 授乳中ですか? はい いいえ

9. 当院では、医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。

あなたは輸血を受けてもよいですか? はい いいえ

※記入が終わりましたら、受付に提出してください。