

耳鼻咽喉科外来受診の方へ

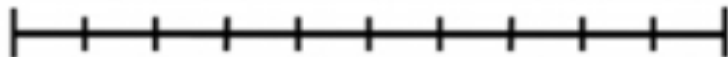
氏名：	年齢：
診察券番号：	職業：
電話番号（必要時、病院から連絡してよい番号をご記入してください）	Tel：

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

ありの方は、数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



なし

最も痛い

・この1週間の気持ちのつらさを平均して、数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

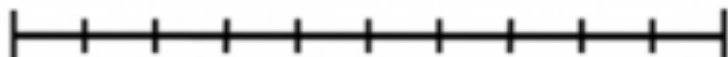


つらさはない

最高につらい

・その気持ちのつらさのためにどの程度、日常生活に支障がありましたか？

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



支障はない

最高に支障がある

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：.....）

裏面に続きます→

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。