

## にしはら耳鼻咽喉科予診表

名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

### ①今日はどうされましたか？

(あてはまること・苦痛に思うことに○印をしてください。)

耳が聞こえにくい 耳がこもった感じ 耳鳴り めまい  
ふらつき 耳が痛い 耳だれ 耳あか 顔がまがった  
吐き気 のどが痛い 咳・痰が出る 声がかれる  
のどの違和感 味がしない 舌のしびれ・痛み・はれ物  
鼻水 鼻づまり においがしない 鼻血 頭痛  
頬が痛む・はれる 首のはれ・痛み いびき 無呼吸  
花粉症の鼻焼手術を希望 ピアス  
その他 ( )

### ②その症状はいつごろからですか？

( )

### ③今までにお薬や食べ物のアレルギーはありましたか？

はい ( ) ・ いいえ

### ④今までに耳鼻科及び他科の病気にかかれたことはありますか？

(いつ、どのような病気で手術または治療を受けましたか？または現在治療中の病気、  
現在服用されているお薬はありますか？)

( )

● 喫煙： 有 ・ 無      ● 肝炎： 有 ・ 無

# 診療申込書

★太枠内を記入してください★

フリガナ		性別	明	大	昭	平	年	月	日
氏名		男・女	生	年	月	日			
住所	〒□□□-□□□□		電話	(	-	-	)		

保険証	保険者番号	記号	番号	続柄	有効期限
	□□□□□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□□□□	□□□□□□□□

公費	公費負担者番号	受給者番号	有効期限	担当者
	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□

にしはら耳鼻咽喉科