予　診　票

記入年月日　　年　　月　　日

氏　名	フリガナ 男・女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生(　　才　　ヶ月)
現住所	(〒　　－　　) TEL　　－　　－
本日の連絡先	(〒　　－　　) TEL　　－　　－
当院で受診されたことがありますか	ある(　　年　　月頃)・ない

体重　　kg　本日の体温　　℃

妊娠している可能性はありますか。　なし　あり(　　週目)

1. 本日はどのような症状でこられましたか。

(イ) いつから(　　)
(ロ) どこが(　耳〔右、左〕、鼻、のど、舌、口腔、顔面、外傷)
　　その他(　　)
(ハ) どのような症状(　　)
(ニ) 本日までになされた処置(　　)

2. 今までにかかられた病気や、けが、手術があればお書きください。

(イ) 血液型　(A, B, O, AB型)
(ロ) 今までにかかった病気(S・H　　年　　月　　)
(ハ) 今までに受けた手術　(S・H　　年　　月　　)
(ニ) 現在飲んでいる薬　なし　あり(　　)

3. 今までに薬や注射、麻酔で、アレルギーやショックなどの異常がありましたか。

(イ) なし　(ロ) あり　薬の名前(　　)

4. 家族の方でアレルギー体質や、大きな病気をされた方がありますか。

(イ) なし
(ロ) あり　病名(　　)

5. その他何か話しておきたいことがあればお書きください。

(イ) なし
(ロ) あり　(　　)

アマツ耳鼻咽喉科医院