

診察申込書

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めております

正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします

ふりがな									
御 姓 名	様	男 女	生 年 月 日	大 平	昭 令	年	月	日	
御 住 所	〒								
電話番号		体温	度	15歳以下のお子様		体重	(kg)

該当する項目の□にチェック ✓ をお願いします

- 1) いつからどこに、どの様な症状がありますか
- 2) 今までに耳鼻咽喉科でかかった病気、手術がありますか
なし ある どのようなものでしたか
()
- 3) 今までかかったことのある病気、あるいは、今治療中の病気がありますか
なし その他 (具体的な病名を)
高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 脳梗塞 脳出血
肝臓病 腎臓病 緑内障 結核
- 4) これまでに薬のアレルギー体質 (発疹など) といわれた事がありますか
なし ある どのような薬ですか ()

↓ 裏面に続きます ↓

