

杉田耳鼻咽喉科医院

〒335-0016 埼玉県戸田市下前1-9-22

☎ 048-433-1687

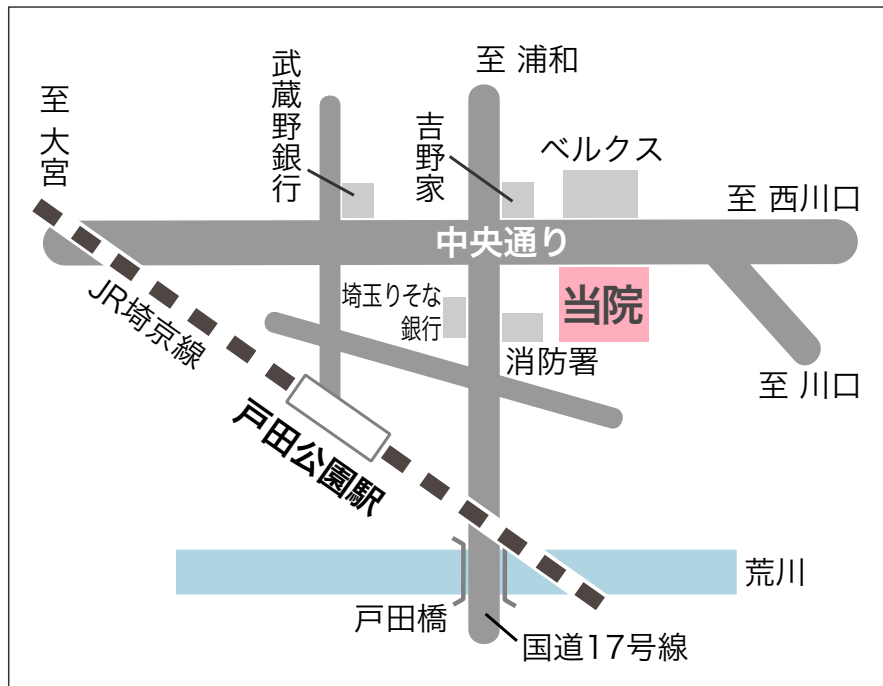
診療受付時間	月	火	水	木	金	土
午前 8:40~12:30	●	●	-	●	●	●
午後 2:40~6:00	●	●	-	●	●	-

※土曜は8:40~13:00 休診日/水曜、日曜、祝日

◆保険証は必ずご持参下さい。

また、お持ちであれば紹介状、各種医療費受給者証、お薬をお飲みであれば、お薬手帳など内容のわかるものをご持参下さい。

*医療費受給者証とは子ども医療費、ひとり親家庭等、重度心身障害者、高齢者受給者証のことです。



予 診 票

ふりがな		生 年 月 日	明 大 昭 平	年	月	日 生
氏 名		男・女	電 話	()	-	
住 所						

- (1) どこがわるいのですか。○印で囲んで下さい。
(右・左) 耳・鼻・のど・口の中・その他 ()
- (2) いつからわるくなりましたか。
____ 日前から・____ 週間前から・____ ヶ月前から・____ 年前から
- (3) どのようにわるいのですか。
- (4) 現在他の病院にかかっていたり、薬を服用していますか。
 1. いいえ
 2. はい
(病院名:)
(薬品名:)
処方箋等お持ちの方は診察時にお見せ下さい。
- (5) 今までに薬や注射で副作用(薬疹・下痢・ショックなど)が出たことがありますか。
 1. いいえ
 2. はい (薬品名:)
- (6) 今までに次のような病気にかかったことがありますか。
 1. いいえ
 2. はい (○印で囲んで下さい)
高血圧 糖尿病 結核 胃・十二指腸潰瘍 肝炎 腎炎
心臓病 緑内障 ぜん息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎
その他 ()
- (7) 今までに受けた手術とその時期を記入して下さい。
 - 1.
 - 2.
- (8) 妊娠中の方は必ずお申し出下さい。
- (9) 15才以下のお子さんは体重を記入して下さい。 _____ kg
- (10) たばこをお吸いになりますか。 いいえ、はい (以下に記入して下さい)
() 才より、約 () 年間、1日 () 本

杉田耳鼻咽喉科医院