

フリガナ _____

(〒 -)

名前 _____ (男・女)

ご住所 _____

昭
平
令

年 月 日 生まれ (年齢 歳)

電話 () -

希望連絡先 () -

1. 本日はどのような症状で受診されましたか？

予約番号

- 耳： (どちらの耳が) 右耳 左耳 両方の耳
耳そうじ 耳が痛い 耳だれが出る 耳がかゆい 聞こえが悪い 耳鳴りがする
耳がふさがった感じがする めまいがする (右回り 左回り ふわふわ)
- 鼻： 鼻水が出る (水のように ねばい 膿みのよう) 鼻がつまる くしゃみが出る
鼻血が出る (右 左 両方) いびきをかく においがわからない
鼻が痛い ほほが痛い (右 左 両方) 花粉症
- のど： のどが痛い (食事可 食事不可) 咳が出る たんが出る 声がかれる 口内炎
のどに何かある感じ のみこみにくい 味がわからない 口が開きにくい 舌が痛い
- その他： ()
- 発熱： (度 分)
- 全身症状：体がだるい 気分がわるい 夜中に息が止まる 頭が痛い 頭が重い
吐き気がする 目のかゆみ

2. その症状はいつごろからですか？ (前から)

3. 希望があれば○して下さい。 薬が欲しい・検査希望 ()・点滴希望

4. 今までにかかった病気があれば、教えてください。

中耳炎 難聴 めまい 耳鳴り 副鼻腔炎 (ちくのう) アレルギー性鼻炎 花粉症
ぜんそく アトピー性皮膚炎 食物アレルギー ()
胃潰瘍 高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 肝臓病 前立腺肥大 緑内障
その他 () 手術を受けたことがある ()

5. 現在治療中の病気がありますか。また内服中の薬があればその名前を書いてください。

[]

6. 今までに薬や注射や麻酔・食べ物などで体に異常がおきたことがありますか？

ない・ある 何の薬・食べ物ですか？ ()
どんな症状がありましたか？
(発疹 喘息発作 気分不良 嘔吐 意識消失 ショック その他：)

7. たばこ _____本/日 お酒・アルコール _____合/日

8. 女性の方への質問です。

- 現在妊娠していますか？またはその可能性がありますか？ いいえ・はい (週目)
- 現在授乳中ですか？ いいえ・はい (カ月)

9. どちらで当院をお知りになりましたか？

ロコミ インターネット 看板 その他 ()

10. 13歳以下のお子様

(体重 kg)

粒薬飲む 粉薬希望 1日2回の処方希望