

ふりがな		生年月日	
お名前	(男・女)	(明・大・昭・平)	年 月 日 ( 歳)
住所	〒		
電話番号	( )	携帯番号	( )
体重(15歳以下の方) :	Kg	全てご記入をお願いいたします	

■ 本日はどのような症状で受診されましたか？チェック(☑)をつけてください。特につらい症状に○で囲んでください。

- 耳 : (□右 □左) : □耳が痛い □耳だれ □耳のかゆみ □耳あか □聞こえづらい □耳鳴り  
 鼻 : □鼻みず □鼻がつまる □くしゃみ □においの低下 □鼻がどのにまわる □いびき □鼻血  
 のど : □のどが痛い □せき □たん □違和感、異物感 □飲み込みにくい □声のかすれ □息苦しい  
 その他 : □発熱( °C) □顔や首のはれ □顔の痛み □口内の痛み □頭痛 □めまい □顔面の麻痺  
 □ 上に当てはまらない場合は、ここにご記入ください

■ 今回の上記の症状はいつ頃からありますか？ チェック(☑)をつけてください。

- 本日から □ 昨日から □ \_\_\_\_日前から

■ 今回の症状で、他の病院で治療を受けたことがありますか？

- ない □ ある どこで受けましたか？ \_\_\_\_\_

どのような治療を受けましたか？ \_\_\_\_\_

■ 今までにかかった病気や、現在治療中の病気があればチェック(☑)し、その時期を記入してください。

- ぜん息 ( 歳)、□高血圧 ( 歳)、□糖尿病 ( 歳)、□緑内障 ( 歳)、□前立腺肥大 ( 歳)  
 □その他 ( \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_ )

■ 現在、飲んでいる薬はありますか？

- ない □ ある (薬品名: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_)

■ アレルギーはありますか？ ある場合は、その名前を記入してください。

薬品 : □ なし □ あり ( \_\_\_\_\_ )

食物 : □ なし □ あり ( \_\_\_\_\_ )

■ タバコについて □ 吸わない □ 吸う (1日\_\_\_\_本、約\_\_\_\_年間)

■ アルコールについて □ 飲まない □ 飲む (1日に\_\_\_\_ml、または\_\_\_\_合を1週間に\_\_\_\_日)

■ 女性の方へ 妊娠中ですか？またはその可能性がありますか？ □ ない □ ある (\_\_\_\_ヶ月)

授乳中ですか？ □ いいえ □ はい

ご記入ありがとうございました。

吉村耳鼻咽喉科医院