

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

■ 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。

特につらい症状には、○で囲んでください。

耳：(☐右耳 ☐左耳)：☐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 ☐鼻水がのどにまわる ☐鼻血 ☐いびき ☐においの低下

花粉症・目・味：☐花粉症(☐春 ☐夏 ☐秋 ☐不明) ☐目のかゆみ ☐涙目 ☐目やに ☐味覚の低下

のど：☐痛み ☐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 ☐頭痛 ☐めまい ☐顔のまひ ☐睡眠時無呼吸

☐ 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 ☐ ___日前から ☐ ___ヶ月前から ☐ ___年前から

■ 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 いつ頃、どこで受けましたか？ (いつ頃) (どちらで)

その時の病名や治療内容を教えてください

■ 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、発症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