

NO. _____

予約時間 _____

はじめて来院された方へ

下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前			中学生以下の方は体重を記入してください。			
ご住所	〒	電話		体重		kg

1. どうなさいましたか？（一番困っている症状をお書きください）

耳

どちらか → 右、左、両側

痛い かゆい 耳なり 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ 自分の声がひびく
めまい その他 _____

鼻

鼻汁がでる(どろどろしたもの、水ばな) 鼻汁がのどにながれる 鼻血 鼻がつまる
においがしない くしゃみ 鼻がくさい 痛い かゆい
その他 _____

口・のど

痛い つまった感じ せき たん 声がかれる いがらっぽい 口内が乾く
物がうまく飲み込めない 舌が荒れる 息苦しい いびきをかく たんに血が混じる
その他 _____

その他

頭痛 顔がはれた 首が痛い 首のはれ 目がかゆい
その他 _____

2. いつ頃からですか？（ 日前から、 ヶ月前から、 年前から）

3. 今までにどんな病気をしましたか？ ない ある

(ある場合) → ちくのう症(副鼻腔炎) ぜんそく その他アレルギー疾患 心臓病 高血圧
肝臓病(B型肝炎、C型肝炎) 腎臓病 糖尿病 結核 血が止まりにくい病気
けいれん発作 その他 _____

4. 今までに薬や食べ物で異常(アレルギーなど)が起きたことがありましたか？

ない ある (どんな薬または食べ物ですか _____)

5. 今までに手術を受けたことがありますか？ ない ある

(ある場合) ちくのう症(副鼻腔炎) 中耳炎 扁桃腺 こまく切開
その他 _____

6. 現在、他の病院に通院していますか？

かかっていない かかっている (どこが悪くてかかっていますか？ _____)
何かお薬はのまれていますか？ いいえ はい(お薬の名前: _____)

7. 女性の方にうかがいます

妊娠していますか いいえ はい(ヶ月) 可能性あり
現在授乳中ですか いいえ はい