

受診者氏名 (かかる人)	ふりがな	○をつける
		男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	才
現住所	(〒 -)	
電話		

●本日、診療をうけられる理由は何ですか。症状を○でかこんで下さい(いくつでも)。

耳の症状	痛い【右・左】・ かゆい【右・左】・ 耳だれ【右・左】・ 耳鳴りがする【右・左】 聞こえにくい(難聴)【右・左】・ ボーンとする(耳閉感)【右・左】・ 耳あか
鼻の症状	鼻がつまる ・ 鼻汁がでる ・ くしゃみ ・ 鼻出血
のどの症状	のどが痛い ・ のどの不快感 ・ 声がかれる ・ 口内炎 ・ せき ・ たんがからむ
その他	めまい ・ いびき ・ 目がかゆい ・ 熱がある【 】度 ・ 学校検診 花粉症(アレルギー性鼻炎) ・ 頭痛 ・ その他【 】

上記の症状はいつからですか。

●現在、治療中の病名があれば記入して下さい(耳鼻咽喉科以外も)。

病名:

病院名:

●現在、お飲みのお薬があれば記入して下さい。 ※お薬手帳、投薬袋などわかる物をお持ちでしたら、一緒にお出し願います。

●お薬について

錠剤が飲めない ・ 粉薬が飲めない ・ どちらでも飲める

ジェネリック医薬品: 希望する ・ 希望しない

●薬・注射で、しっしん・かゆみ・はきけなど異常を感じた事がありますか。わかる場合は薬の名前も記して下さい。

はい【お薬名:

】

・ いいえ

●今まで、蓄膿・扁桃腺の手術をした事がありますか。

ある ・ ない

●最近1ヶ月以内に予防接種をしましたか。

はい【予防接種名:

】

・ いいえ

●現在、妊娠中又は授乳中ですか。

妊娠【 月】 ・ 授乳中【 月】

●12歳以下の方は体重を記入して下さい。

kg

●職場・お住まいの環境を教えてください。

騒音【有・無】 ・ 過去に騒音【有・無】 ・ ちり、ほこり【有・無】 ・ 化学薬品の使用【有・無】 ・ 異臭【有・無】

●その他、希望又は聞きたい事を書いて下さい。
