

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

フリガナ		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生()歳		
お名前			(お子様の場合) 体重()kg	体温()℃	
ご住所	〒		電話	— —	

○ ところが悪くて来られましたか？

いつからの症状ですか⇒ 今日 () 昨日 () 日前 ()
 () 週間前 () ヶ月前 () 年前

耳 (右・左)	鼻 (右・左)	のど
<ul style="list-style-type: none"> ・ 耳だれ ・ 耳あか ・ 耳が痛い ・ 耳が痒い ・ 聞こえにくい ・ 耳がつまる感じ ・ 耳鳴り ・ めまい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鼻づまり ・ 鼻水 (透明・さらさら) ・ 色のついた鼻水 (どろどろ) ・ 鼻水がのどに流れる ・ くしゃみ ・ 鼻血 	<ul style="list-style-type: none"> ・ のどが痛い ・ 声がかれる ・ (乾いた・痰の)せき ・ のどがつまる感じ ・ 異物感がある
その他の症状があれば、簡単に記入してください		

○ 今までに次のご病気にかかったことがありますか？

・・・ はい ・ いいえ

喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症/鼻炎 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高血圧
 前立腺肥大 肝臓病 脳梗塞 腎臓病 糖尿病 緑内障 結核 その他 ()

○ 注射、飲み薬、食べ物で発疹が出たり、ご気分が悪くなったことがありますか？

薬の名前、食べ物の名前などがわかれば記入してください ・・・ はい ・ いいえ
 (ピリン系・抗生物質・麻酔薬など)

○ 現在飲んでいる薬はありますか？

・・・ はい ・ いいえ

薬のお名前がわかれば記入してください
 ()

○ 女性の方へ

・ 現在妊娠していますか？ はい() ヶ月 ・ いいえ ・ わからない
 ・ 現在授乳中ですか はい ・ いいえ

○ あなたの生活習慣についてお尋ねします

・ タバコは吸いますか？ ・ 吸わない ・ 吸う(1日__本) ・ 家族が吸う
 ・ お酒は飲みますか？ ・ 飲まない ・ 飲む(どのくらい_____)
 ・ ペットを飼っていますか？ ・ いない ・ いる ・ 身近で飼っている(ご実家など)
 (犬・猫・他_____)

○ 来院しやすい曜日に○を付けてください。(月 火 水 木 金 土)
 また、どのくらいの頻度なら通えますか。()

