

ID 年 月 日

フリガナ				大正・昭和・平成・令和
氏名	性別	男女	生年月日	年 月 日 (才)
住所	〒 -			
電話番号：		携帯番号：		
当院をどこで 知りましたか？	1. インターネット (HP・その他検索サイト)		2. 知人の紹介	
	3. 職場が近い		4. 以前より知っていた	
	5. 看板を見て		6. その他	

小児体重：	kg	妊娠 (有・無)	授乳 (有・無)	喫煙 (有・無)	発熱 (°C)
-------	----	----------	----------	----------	----------

具合の悪い症状に○をつけてください	耳 (右 ・ 左 ・ 両方)		鼻	
	1. 耳痛	6. 聴こえが悪い	1. 鼻汁	5. 臭いがしない
	2. 耳だれ	7. 耳のそうじ	(水鼻・白色・黄色・緑色)	6. 花粉症
	3. 耳のかゆみ	8. その他	2. 鼻がのどにまわる	7. その他
	4. 耳鳴り	〔 〕	3. 鼻づまり	〔 〕
	5. 耳がつまった感じ		4. 鼻血	
	のど ・ 口		その他の症状	
	1. のどの痛み	7. のどの違和感	1. めまい (フラフラする・回転する感じ)	
	2. 咳が出る	(イガイガする)	2. 顔面痛	7. 当てはまる症状がない方はこちらへお書きください。
	3. 痰がからむ	8. のどの異物感	3. 頭痛	
	4. 味がしない	(食べ物がつかえる)	4. 眼のかゆみ	
	5. 口内炎	9. その他	5. 目やにが出る	〔 〕
	6. 声が出しにくい	〔 〕	6. 首の腫れ・痛み	

●上記の症状はいつ頃から始まりましたか？ ()

●現在、薬を飲んでいますか？ *お薬手帳をお持ちの方は提示してください

① いる (薬品名)

② いない

●薬による副作用 (アレルギー) はありますか？

① ある (薬品名)

② ない

●今までにかかったことのある病気・手術等があれば記入をお願いします。

高血圧・糖尿病・緑内障・前立腺肥大・高脂血症・不整脈・喘息・熱性痙攣
その他 () 手術 ()

●領収書の他に診療明細書が必要な方は「希望する」に○をしてください。

希望する (初回は全員にお渡しいたします)