

(大切なお体をお預かりいたしますので、お手数ですがご記入お願いいたします。)

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (男・女) 体重 \_\_\_\_\_ kg

生年月日(大正・昭和・平成・令和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒 \_\_\_\_\_ ※初めての方、久しぶりに受診される方、ご変更がある方は必ずご記入下さい

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ /携帯 \_\_\_\_\_

緊急連絡先番号 \_\_\_\_\_ 続柄 [ \_\_\_\_\_ ]

女性の方...現在、妊娠・授乳を(        ) → 妊娠 [ \_\_\_\_\_ 週目 ]

授乳 [ \_\_\_\_\_ ヶ月のお子さん ]

◆本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？該当するものに○をして下さい。

いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ 前から) ネット ( \_\_\_\_\_ ℃)

鼻	のど	耳(右・左・両)
・鼻水(水様・粘性・黄色・緑色)	・のど痛	・耳痛
・鼻づまり	・声がれ	・耳だれ
・くしゃみ	・せき	・耳鳴り
・鼻水がのどに流れる	・たん	・かゆみ
・鼻血(右・左)	・のどがつまる感じ	・聞こえ悪い
	・のどの違和感	・耳閉感
		・めまい(回転性・ふわふわ)
		・耳そうじ希望

その他 ( \_\_\_\_\_ )

※めまいがある方のみ → 姿勢の変化でめまいはおきますか？ いいえ・はい

めまいが続く時間を教えてください ( \_\_\_\_\_ 分) めまいの頻度を教えてください 毎日・週数回・月数回

◆今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ・はい 受診日 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_

説明や処方内容：

◆今回の症状の他に現在治療中のご病気がありますか？該当するものに○をして下さい。

いいえ・はい [ 高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 前立腺肥大  
脳梗塞 緑内障 喘息 胃潰瘍 その他 ( \_\_\_\_\_ ) ]

◆現在服用中の薬はありますか？ ※お薬手帳に記載があればお預かりさせて頂ければ記入不要です

いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ )

◆薬でアレルギーが出たことはありますか？

いいえ・はい (薬の名前 \_\_\_\_\_ /副作用 \_\_\_\_\_ )

◆今まで歯科等で麻酔を使って具合が悪くなったことはありますか？ いいえ・はい

◆今までに入院歴、手術歴はありますか？

いいえ・はい (病名 \_\_\_\_\_ )

◆たばこを吸いますか？ いいえ・はい (1日 \_\_\_\_\_ 本くらい)

◆スイミングに行っていますか？(お子様のみ) いいえ・はい・休止中  
ご記入ありがとうございました