

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 曜日

〒 _____

※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

■本人以外の緊急連絡先番号

続柄 []

妊娠 [] 週目

女性の方 現在 妊娠・授乳を(していない・している) → 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) ネツ (°C)

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