

初めて受診される方へ

No. _____

ふりがな _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

お名前 _____

年齢 歳 体重 kg

性別 男・女

〒 _____

住所 _____

TEL () _____

★今日の症状を○で囲んで、いつからか教えて下さい。

部位	症状	いつからですか
顔	痛い 動きが悪い	
耳 右・左・両	聞こえにくい つまった感じがする 耳鳴り 耳だれ 耳が痛い 耳がかゆい 耳あか	
鼻	鼻水 くしゃみ 鼻づまり 鼻血 臭いがしない 鼻が痛い	
のど	痛い 飲み込めない 息苦しい 違和感がある	
首	痛い 腫れている	
その他	咳がでる たんがでる 頭痛がある 口内炎 声が出にくい めまい 目がかゆい 体温 ℃	

★注射や薬による副作用(じんましん等)はありますか。

ある(薬品名 _____)・ない

★食物でアレルギーはありますか。(卵など)

ある(食品名 _____)・ない

★今までにかかった大きな病気(入院、手術)はありますか。

ある(病名 _____)・ない

★現在、治療中の病気や服用中のお薬はありますか。

《※お薬手帳をお持ちの方は提示してください》

ある(病名 _____ 薬 _____)・ない

★現在、妊娠していますか。

はい(_____ 週)・いいえ

★授乳中ですか。

はい・いいえ

たばこ _____ 本/日

ビール _____ 本/日

日本酒 _____ 合/日

(医) 社団桑栄会 木村耳鼻いんこう科