

ふりがな

名前 : \_\_\_\_\_ 生年月日:( )年( )月( )日 年齢:( )才

住所 : 〒 ( ) ( ) ( ) 電話:(自宅)

(携帯)

職業 \_\_\_\_\_ 体重:(1.5歳未満の方) \_\_\_\_\_ kg

## ① あてはまる症状にチェックを入れて下さい。

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| 耳                                | <input type="checkbox"/> 耳の痛み <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳                               | その症状はいつからですか？  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳                             | <input type="checkbox"/> 今日から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳                             | <input type="checkbox"/> 2～3日前から   |
|                                  | <input type="checkbox"/> 耳だれがでる <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳                             | <input type="checkbox"/> 1週間前から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 耳がつまった感じ <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳                           | <input type="checkbox"/> 数ヶ月前から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 耳掃除  | <input type="checkbox"/> 半年～1年前から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> その他 ( )  | <input type="checkbox"/> 1年以上前から   |
| 鼻                                | <input type="checkbox"/> 鼻がつまる  | その症状はいつからですか？  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 鼻がかゆい  | <input type="checkbox"/> 今日から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 鼻血が出た  | <input type="checkbox"/> 2～3日前から   |
|                                  | ★血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか？  | <input type="checkbox"/> 1週間前から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> 数ヶ月前から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> くしゃみ   | <input type="checkbox"/> 半年～1年前から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る  | <input type="checkbox"/> 1年以上前から   |
|                                  | <input type="checkbox"/> サラサラ <input type="checkbox"/> ネバネバ <input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑色 |  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |  |
| のど                               | <input type="checkbox"/> 咳が出る   | その症状はいつからですか？  |
|                                  | <input type="checkbox"/> たんが出る  | <input type="checkbox"/> 今日から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> のどが痛い  | <input type="checkbox"/> 2～3日前から   |
|                                  | <input type="checkbox"/> 声が出にくい   | <input type="checkbox"/> 1週間前から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 異物感  | <input type="checkbox"/> 数ヶ月前から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> その他 ( )  | <input type="checkbox"/> 半年～1年前から<br><input type="checkbox"/> 1年以上前から                                    |
| その他                              | <input type="checkbox"/> めまいがする   | その症状はいつからですか？  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 顔が麻痺している   | <input type="checkbox"/> 今日から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> □の中のできもの   | <input type="checkbox"/> 2～3日前から   |
|                                  | <input type="checkbox"/> □におい、味がわかりにくい  | <input type="checkbox"/> 1週間前から  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 熱 ( )℃   | <input type="checkbox"/> 数ヶ月前から<br><input type="checkbox"/> 半年～1年前から<br><input type="checkbox"/> 1年以上前から |
| その他、気になる症状はありますか？                |   |  |

② 今までに合わなかったお薬はありますか？ いいえ はい

★発疹やその他異常な反応を起こしたなど★

お薬の名前（ ） →症状（ ）

③ 何かアレルギーはありますか？ いいえ はい

血液検査をしたことが → ない ある（ ヶ月・年）まえ頃

スギ ヒノキ ブタクサ ほこり ダニ 喘息 アトピー性皮膚炎

金属 たまご 牛乳 魚介類 イヌ ネコ その他（ ）

④ 女性の方にお聞きします。

・妊娠の可能性： ない ある（ ヶ月）

・授乳中： いいえ はい

⑤ 今までに大きな病気をしたことがありますか？

緑内障 糖尿病 高血圧 肝炎 胆石 前立腺肥大 心臓病

結核 胃、十二指腸潰瘍 その他（ ）

⑥ 今までに、手術を受けたことはありますか？ ない ある

（いつ頃： ） （どんな： ）

⑦ 現在、何かお薬を飲んでいますか？ いいえ はい

お薬の名前（ ）

いつ処方されましたか？（ ） 何日分残っていますか？（ ） 日分

※薬手帳をお持ちの方は、ご提出お願いします。

⑧ 12歳未満の方にお聞きします。飲むお薬にチェックを付けて下さい。

錠剤 チュアブル（ラムネのような、お口の中で溶けるお薬） 粉薬 シロップ

⑨ 生活習慣についてお聞きします。

・お酒は飲みますか？ 飲まない たまに飲む 毎日

・たばこは吸いますか？ 吸わない 吸う

⑩ 当院について、どのように知られましたか？

近所、通りがかり 医院看板 バスアナウンス 家族から聞いて

知人から聞いて（ ）様 他の医療機関から聞いて 当院のホームページ

当院以外のホームページ iタウンページ その他（ ）

\*ご記入いただきましてありがとうございます。お名前をお呼びしますので、もうしばらくお待ち下さい\*