

下記の質問事項にご記入ください

年 月 日

住所 〒

フリガナ

電話番号

お名前

_____ (男 / 女) _____ 歳

ご職業

現在特にお困りになっている症状は何でしょうか？

それはいつからですか？

年 月 日頃から

本日、診察・検査をご希望する項目に○印をつけてください

- 耳： 耳の痛み(右・左) 耳だれ(右・左) 聞こえにくい(右・左)
- 鼻： 鼻汁 鼻づまり くしゃみ
- のど： のどの痛み つまり ひっかかった感じ
- 息苦しい 声がれ せき(強い・弱い)
- 扁桃腺
- その他： 頭痛 いびき 無呼吸
- 上記以外()

めまいの方は別途問診あり

- 耳鳴 めまい
- 鼻血
- 飲み込みにくい
- たん(色あり・色なし)

□内炎

今回の症状で他院を受診されたことはありますか？

いいえ はい () 医院・病院

症状の個所に○印をお願いします↓

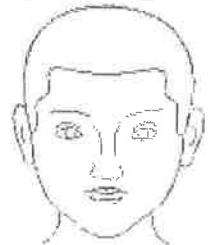
今までに大きな病気・入院・手術を受けたことはありますか？

いいえ はい 歳(病名：) 歳(病名：)

現在飲んでいるお薬はありますか？

いいえ はい お薬の名前： 病院名：

お薬手帳持参 あり・なし



アレルギーはありますか？

いいえ はい 薬・注射： 食べ物・果物： その他： 例：花粉症・鼻炎・喘息・ゴム製品 など

タバコを吸いますか？

これまで吸ったことがない・以前吸っていた (1日 本 年前まで) 現在吸っている (1日 本 年間)

お酒は飲みますか？

いいえ はい (日本酒・ビール・焼酎・ウイスキー・ワインを1日)

動物(ペット)を飼っていますか？

いいえ はい 動物名： 例：犬・ネコなど

女性の方へ

現在妊娠している可能性はありますか？ いいえ はい(妊娠 ヶ月) 現在授乳中ですか？ いいえ はい(生後 ヶ月)

お子様の投薬について

園や学校などでの投薬は可能ですか？ いいえ 不明 はい その際に、解熱鎮痛消炎剤の投薬も可能ですか？ いいえ 不明 はい

ご記入いただいた個人情報 は診療以外の利用はいたしません