

# はじめて来院された方へ

下記の項目について  
記入もしくは○で囲んでください

年 月 日

フリガナ		男・女	年 月 日生( )歳	
お名前			(お子様の場合) 体重( )kg	体温( )℃
ご住所	〒		電話	— —

## ○ どこが悪くて来られましたか？

いつからの症状ですか⇒ 今日 ( ) 昨日 ( ) 日前 ( )  
( ) 週間前 ( ) ヶ月前 ( ) 年前

耳 ( 右・左 )	鼻 ( 右・左 )	のど
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 耳だれ ・ 耳あか</li> <li>・ 耳が痛い ・ 耳が痒い</li> <li>・ 聴こえにくい</li> <li>・ 耳がつまる感じ</li> <li>・ 耳鳴り</li> <li>・ めまい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 鼻づまり</li> <li>・ 鼻水 (透明・さらさら)</li> <li>・ 色のついた鼻水 (どろどろ)</li> <li>・ 鼻水がのどに流れる</li> <li>・ くしゃみ</li> <li>・ 鼻血</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ のどが痛い</li> <li>・ 声がかれる</li> <li>・ (乾いた・痰の)せき</li> <li>・ のどがつまる感じ</li> <li>・ 異物感がある</li> </ul>
その他の症状があれば、簡単に記入してください		

## ○ 今までに次のご病気にかかったことがありますか？

・・・ はい ・ いいえ

喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症/鼻炎 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高血圧  
前立腺肥大 肝臓病 脳梗塞 腎臓病 糖尿病 緑内障 結核 その他 ( )

## ○ 注射、飲み薬、食べ物で発疹が出たり、ご気分が悪くなったことがありますか？

薬の名前、食べ物の名前などがわかれば記入してください ・・・ はい ・ いいえ  
(ピリン系・抗生物質・麻酔薬など)

## ○ 現在飲んでいる薬はありますか？

・・・ はい ・ いいえ

薬のお名前がわかれば記入してください  
( )

## ○ 女性の方へ

・ 現在妊娠していますか？ はい( ) ヶ月 ・ いいえ ・ わからない  
・ 現在授乳中ですか はい ・ いいえ

## ○ あなたの生活習慣についてお尋ねします

・ タバコは吸いますか？ ・ 吸わない ・ 吸う(1日\_\_本) ・ 家族が吸う  
・ お酒は飲みますか？ ・ 飲まない ・ 飲む(どのくらい\_\_)  
・ ペットを飼っていますか？ ・ いない ・ いる ・ 身近で飼っている(ご実家など)  
( 犬・猫・他\_\_)

## ○ 来院しやすい曜日に○を付けてください。( 月 火 水 木 金 土 )

また、どのくらいの頻度なら通えますか。( )

