

フリガナ お名前 (女・男)	生年月日	大・昭・平	年	月	日	才
〒 ご住所						
自宅番号 (— —)			携帯番号 (— —)			

診療明細書の発行を希望されますか？ はい ・ いいえ

* 本日はどのような症状で来院されましたか？ 下記の項目の部位、症状に○をお付けください。

耳 (右・左・両)	・ 痛い ・ 耳だれ ・ 聞こえが悪い ・ 耳鳴り ・ 耳あか ・ 耳がふさがる
鼻 (右・左・両)	・ 鼻づまり ・ 鼻水 (透明・白・黄緑) ・ くしゃみ ・ 味やニオイがわからない ・ 鼻血
のど	・ 痛い ・ のどがつまる ・ 舌、口の荒れ ・ 声のかすれ ・ 咳、痰
その他	・ いびき ・ 無呼吸 ・ めまい ・ 首の腫れ ・ 顔のゆがみ ・ 異物 (耳・鼻・のど) ・ 発熱 () 度

* その他の症状あればご記入をお願いします。

()

* 症状はいつからですか？

()

* 今までにかかった病気 (継続して治療している病気) があれば○をつけてください。

・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病
・ その他 () ・ 手術歴 (_____ 歳時 :)

* 今現在、定期受診や投薬を受けていますか？

いいえ ・ はい 病院名 () 病名 ()

いつ頃 ()

薬の内容 ()



お薬手帳やお薬の情報をお持ちの方は受付にご提示下さい。
ご提示いただければ、記載は省略可能です。

* 薬や病院・歯科での麻酔の注射のあと具合が悪くなったことはありますか？

ない ・ ある → 具体的に記入してください。(いつ、薬剤、症状など)

()

* 薬、食物アレルギーなどありますか？

ない ・ ある → ある方は、具体的に記入してください。(いつ、薬剤・食物、症状など)

()

* たばこを吸いますか？ いいえ ・ はい (1日 本 喫煙歴 年)

* 飲酒の習慣はありますか？ いいえ ・ はい (毎日・週 日位, 飲酒量: , 飲酒歴: 年)

* 女性の方のみお答え下さい

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (現在 月 日, 出産予定日 月 日)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

* 来院されたきっかけは何ですか？

知人・家族からのご紹介 () ・ ホームページを見て ・ 通り道で
広告で (パンフレット、チラシなど) ・ 電柱看板 ・ タウンページを見て ・ 近いから
当院かかりつけ (前に来たことがある) ・ その他 ()