

フリガナ お名前 (女・男)	生年月日	大・昭・平・令	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 来院時体温 () 度

*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？

()

*2週間以内に海外旅行に行きましたか？

なし ・ あり

*新型コロナウイルス感染者との接触はありましたか？

なし ・ あり

*新型コロナウイルスにかかったことはありますか？

なし ・ あり (かかった時期 年 月)

*新型コロナワクチンは接種されましたか？

なし ・ 1回目のみ接種 ・ 2回目接種済み

*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 力月, 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 ()