

フリガナ _____ 男 生年月日 _____
 お名前 _____ 女 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

〒 _____

住所： _____ 職業： _____

電話： _____ (_____) 体重： _____ Kg (小学生までの方)

※どのように、ぐあいが悪いのか ○をつけてください。
いちばん困るものには◎をつけてください

耳： (右・左)	耳が痛い 耳だれがでる 耳がかゆい 耳あかをとってほしい 聞こえない 耳なりがする めまい 補聴器相談希望
鼻：	くしゃみがでる 鼻がでる 鼻がつまる においがわからない 鼻血がでる 花粉症 アレルギー性鼻炎 レーザー治療希望 舌下免疫療法希望 (スギ・ダニ)
のど：	のどが痛い たんがでる せきがでる 声がかれる のどに違和感がある のどがかゆい
その他：	目がかゆい 耳の下がはれている 熱がある (_____) °C
	いびき 睡眠時無呼吸症候群検査希望 慢性上咽頭炎
	禁煙外来希望 (_____)

- 上記症状はいつ頃から具合が悪いですか？ (_____) 日前から (_____) 週間前から
 (_____) ヶ月前から (_____) 年前から ずっと前から
- 他院にて処方されている薬がありますか？
 なし ある (薬の名前： _____)
- いままでに薬で気分が悪くなったり、発疹やショックをおこしたりしたことがありますか？
 なし ある (薬の名前： _____)
- 耳鼻科以外の病気にかかったことがありますか？
 高血圧症・心臓病・糖尿病・肝炎 (B・C・その他)・結核
 腎臓病・胃、十二指腸潰瘍・喘息・その他の病気 (_____)
- 耳鼻科の手術を受けたことがありますか？ なし ある (_____)
- 漢方による治療に興味がありますか？ なし ある
- いま妊娠していますか？ はい：予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (現在 _____ ヶ月)
- 授乳中ですか？ はい (_____ ヶ月)
- タバコを吸いますか？ はい (1日 _____ 本)
- この病院をどこで知りましたか？ (_____)