




フリガナ

名前	男・女	身長	cm	体重	kg
生年月日	T・S・H・R	年	月	日(才)	
住所	〒	-	電話番号 ☎ ( )		

いちばん困っている症状はなんですか？

耳 	痛い[右・左] かゆみ[右・左] 耳だれ[右・左] 耳がにおう[右・左] 耳周囲の腫れ 耳あか 異物を入れた 聴こえについて相談したい
鼻 	痛い 鼻水 鼻すすり 鼻づまり くしゃみ 鼻血 異物を入れた
喉 	痛い 苦しい 咳 口内炎 声かれ 魚の骨が刺さった 異物を飲み込んだ いびき
その他	熱がある °C 頭痛がする 体がだるい 関節が痛い 周囲で流行している感染症がある ( )

いつ頃から具合が悪いですか？ [ ]日前から [ ]ヶ月前から [ ]年前から

私は詳しい検査を希望します

こちらより下は医師が記入します↓

症状	処方・処置等

現在治療中の病気はありますか？      ある ・ ない

喘息   アトピー性皮膚炎   アレルギー性鼻炎   中耳炎

その他

---

過去に治療をした病気はありますか？      ある ・ ない

熱性けいれん   おたふく   喘息   アレルギー性鼻炎   中耳炎

その他

---

現在服用しているお薬はありますか？      ある ・ ない

お薬の名前がわかる方はご記入ください。

手帳参照

薬や卵・牛乳などのアレルギーはありますか？

ある

薬剤・食物（卵・牛乳）

症状

・ ない

予防接種しているものに○をつけてください。

麻疹   風疹   破傷風   ジフテリア   ポリオ   水ぼうそう   おたふく

日本脳炎   百日咳

なにか伝えておきたいことがあれば、記入してください。

当院をなにで知りましたか？

電柱看板・駅看板・インターネット・家族紹介・知人紹介・他院から紹介・その他

**裏面も記入してください→**

