

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？ K T \_\_\_\_\_ °C

耳 	痛い[右・左] かゆみ[右・左] 耳鳴り[右・左] めまい 耳だれ[右・左] 聴こえが悪い[右・左] 耳下の腫れ 耳あか 異物を入れた 補聴器外来を希望
鼻 	鼻水 鼻づまり くしゃみ 鼻血 においがわからない 異物を入れた アレルギー性鼻炎 花粉症 急性副鼻腔炎
喉 	痛い 咳 痰 違和感 声かれ 魚の骨が刺さった 異物を飲み込んだ 口が乾く 口内炎 味がわからない
その他	( _____ )

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  処置通院を希望します

こちらより下は医師が記入します↓

症状	処方・処置等

耳鼻科以外で治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 心臓病 糖尿病 肝炎 前立腺 腎臓病 緑内障 胃潰瘍  
喘息 アトピー性皮膚炎 その他

過去に治療をした病気はありますか？ ある ・ ない

アレルギー性鼻炎 急性副鼻腔炎(蓄膿症) めまい症 メニエール病  
難聴 扁桃炎 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

女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ はい(現在 週) ・ いいえ

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

なにか希望要望、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→

