




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 ヶ月)

住所 〒 - 日中連絡が取れる電話番号  
☎ ( )

いちばん困っている症状はなんですか？ KT °C

	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
	痛い 鼻水 鼻すすり 鼻づまり くしゃみ 鼻血 異物を入れた
	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	( )

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       鼻吸い希望をします  
 ネブライザー吸入を希望します

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

職場が近い・実家の近く・数年前に来院した・最近引っ越してきた

ワクチンの予防接種で来院した事がある・その他

**裏面も記入してください→**

