

初めて・久しぶりにご来院の方へ

来院時 検温器での熱 _____℃

ふりがな			大正			
お名前		男	生年月日	昭和	年	月
		女		平成		
			令和	(歳)
ご住所	〒		職種		体重	kg 中学生未満必須
お電話	なし	()	携帯電話	なし	-	-

(1) 今日はどうされましたか (□の中に☑をつけてください。複数可)

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| 耳 | 鼻 | のど |
| <input type="checkbox"/> 耳が痛い (右・左) | <input type="checkbox"/> 鼻水がでる | <input type="checkbox"/> のどが痛い |
| <input type="checkbox"/> 耳だれが出る (右・左) | (黄色・緑色・白色・透明) | <input type="checkbox"/> つかえ感・異物感 |
| <input type="checkbox"/> 聞こえが悪い (右・左) | <input type="checkbox"/> 鼻づまり | <input type="checkbox"/> 声がかすれる |
| <input type="checkbox"/> 耳がふさがった感じ (右・左) | <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする (右・左) | <input type="checkbox"/> 鼻血(右・左・両方) | <input type="checkbox"/> 扁桃腺がよくはれる |
| <input type="checkbox"/> 耳がかゆい (右・左) | <input type="checkbox"/> においがわからない | <input type="checkbox"/> 息苦しい |
| <input type="checkbox"/> 耳あかを取ってほしい | <input type="checkbox"/> 鼻がのどにおりる | <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 味がわからない |

その他

- めまい ふらつき 頭痛 頭が重い

上記以外の症状の方や書き足りない方は具体的にお書きください。

()

上記の症状はいつ頃からですか

今日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

(2) 現在もしくは最近まで他院で治療などを受けていたことがありますか

- ない ある (病名 _____ ・ 病院名 _____)

(3) 現在、内服中の薬がありますか (耳鼻科以外の薬や市販薬も含みます)

- ない ある お薬手帳や薬の用紙等あり 薬剤名 (_____)

(4) 現在かかっている病気や以前にかかったことのある病気はありますか

- ない 高血圧 糖尿病 胃潰瘍 喘息 アトピー性皮膚炎 緑内障
 肝炎 (A, B, C) 心臓病 腎臓病 肝臓病 その他 (_____)

(5) 今までに大きな病気・手術をしたことがありますか

- ない ある (病名・手術名 _____) (_____) 才の時

(6) 今までに薬や注射、食物で、体に異常をおこしたことがありますか

- ない ある 薬剤名 (_____) 食物 (_____)

(7) 女性の方で、以下に該当する方は○をつけてください

妊娠または授乳なし ・ 妊娠中 _____ 週 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

(8) タバコを吸いますか

- 吸わない 吸う・吸うのをやめた (_____ 年前)
 どれくらい吸いますか、吸っていましたか 1日約 (_____) 本 × (_____) 年間

(9) 補聴器を使用されていますか いいえ はい → 右 ・ 左 ・ 両

(10) 当院を何でお知りになりましたか (複数可)

1. 近所 2. 看板 3. 電話帳 4. 当院ホームページ 5. インターネット
 6. ご紹介 (ご家族・知人 _____ 様) 7. その他 (_____)