

フリガナ		男・女 様	生 年 月 日	
氏 名			大・昭・平・令 年 月 日(歳)	
住 所	(〒 _____)			
電話番号	(_____) _____	お子様の体重 (_____ kg)	体温 (_____ ℃)	

★診察の参考にいたしますので、詳しく症状を教えてください。○をつけて下さい。

みみ

(いつごろから _____) (右 ・ 左 ・ 両方)

①聞こえにくい ②痛い ③耳だれ ④かゆい ⑤耳鳴り ⑥つまった感じ

⑦耳あか ⑧異物が入った ⑨自分の声が響く ⑩その他(_____)

はな

(いつごろから _____) (右 ・ 左 ・ 両方)

①つまる ②鼻水(黄鼻 ・ 水鼻) ③くしゃみ ④鼻血 ⑤痛い ⑥かゆい

⑦はなみずがのどに落ちる ⑧ニオイがわかりにくい ⑨異物が入った

⑩花粉症(時期 _____ 月～ _____ 月) ⑪その他(_____)

のど・口

(いつごろから _____)

①痛い(のど・口の中・舌) ②せき ③痰 ④声がかれる ⑤飲み込むと痛い

⑥のどに違和感 ⑦ガンが心配 ⑧のどに異物がつまった

⑨その他(_____)

めまい

(いつごろから _____) (症状 _____)

いびき・その他

(いつごろから _____) (症状 _____)

★上記の症状について通院歴はありますか？

ある(いつごろ _____)(_____ 病院通院) ・ ない

★その他、次の事項についてご記入下さい。○をつけて下さい。

※今までに下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？

ある(喘息 ・ 高血圧症 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 脳梗塞 ・ 前立腺肥大) ・ ない

※現在、お薬を飲んでいますか？

はい(薬の名前 _____) ・ いいえ

※今までにお薬や食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーやじんましんが出たことがありますか？

ある(種類 _____) ・ ない

※たばこは吸われますか？又は以前吸っていましたか？ 以前吸っていた(1日 _____ 本 年間 _____ 年前から禁煙
今も吸う(1日 _____ 本 年間) ・ 吸わない

※アルコールは飲まれますか？ 飲む(1日 _____ 本 年間) ・ 飲まない

※女性の方へ 現在妊娠あるいはその疑いがありますか？ ある(妊娠 _____ ヲ月) ・ ない ・ 不明 ・ 現在授乳中

※何か悩みや相談したいことがありましたらご記入下さい。

(_____)