

(ふりがな)

体温 _____ °C

お名前 _____ 生年月日 S・H・R 年 月 日 (歳)

(〒 _____) お電話番号 _____

ご住所 _____

① 今日はどうされましたか？○をつけて下さい。特に気になるものには◎をつけて下さい。

耳 (右・左)	痛い・かゆい・耳だれ・耳垢・聞こえにくい・ふさがった感じ・ひびく・耳鳴り・めまい その他 ()
鼻	痛い・くしゃみ・鼻水(水っぽい・ねばねば・色がついた)・鼻づまり・鼻血 鼻水がのどに落ちる・においがわからない・においが気になる その他 ()
口・のど 舌・首	痛い・せき・たん・声かれ・のどがつまる感じ・食事が通りにくい・いびき・乾く 腫れている・味がわからない・口が開きにくい その他 ()
その他	発熱・頭痛・関節痛・吐き気・腹痛・下痢・発疹・がんが心配・アレルギー検査希望 甲状腺の検査希望・睡眠時無呼吸の検査希望・その他 ()

いつからですか？ () 日前 () 週間前 () ヶ月前 () 年前 () 月 () 日 から

② 今までにかかった病気(継続して治療している病気)はありますか？

ない / ある ある場合は下記に○をつけて下さい

アレルギー性鼻炎・花粉症・喘息・心臓病・高血圧・緑内障・腎臓病・肝臓病・糖尿病

その他()

③ 今までに手術をしたことがありますか？

ない / ある ある場合は下記に年齢と手術名をご記入下さい

歳時：手術名： _____

歳時：手術名： _____

④ 現在、飲んでいるお薬はありますか？

ない / ある 薬の名前 ()

⑤ お薬手帳はお持ちですか？ お持ちの方は提出をお願いします

はい / 忘れた / ない

⑥ たばこは吸いますか？

吸わない / 吸う (本/日を 年間) / 以前吸っていた (本/日を 年間)

⑦ お酒は飲みますか？

飲まない / 飲む

種類：ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー

量： _____ ml 本 合 頻度：週に _____ 回 または 月に _____ 回

⑧ 運転はしますか？

する / ときどきする / しない

⑨ 薬や食べ物で副作用やアレルギー症状がでたことがありますか？

いいえ / はい 薬名または飲食物の名前 ()

⑩ お薬の希望は？ 下記に○をつけて下さい

錠剤 / 粉薬 / どちらでもよい

【女性の方へ】

妊娠の可能性はありますか？ ない / ある (ヶ月)

現在授乳中ですか？ いいえ / はい (お子様 歳 ヶ月)