

ふりがな：

お名前： _____

年齢： _____

ご住所： _____

電話番号： _____ 職業又は学校名： _____

1) 今日はどこが、いつから、どのように悪くて来院されましたか

・どこが・・・()

・いつから・・・()

・どのように・・・()

2) 現在、他の病気、または、上記1) で通院していますか・・・いいえ

・通院している方・・・病名は ()

・お薬手帳がない方・・・お薬の名前は ()

3) 耳鼻科で治療を受けたことがありますか・・・いいえ

・ある方・・・病名 ()

・・・いつ頃 ()

4) 医師よりアレルギーがあると診断されたり、

薬で発疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか・・・いいえ

・ある方・・・薬の名前、原因は ()

5) 緑内障、肝炎、糖尿病、高血圧、心臓、腎臓病、前立腺肥大、癌、などの大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか・・・いいえ

・ある方・・・病名 ()

・・・いつ頃 ()

6) 喫煙しますか (こどもの場合は同居人)・・・いいえ

・喫煙する、又は前に喫煙していた方・・・1日 () 本 () 年間

・以前に喫煙していた方・・・いつから禁煙しましたか・・・()

・こどもの場合・・・どなたが喫煙しますか・・・()

7) 中学生以下のお子さんへ、体重は・・・() Kg

・今日受診するお子さんは・・・中学生、小学生、幼稚園児、保育園

8) 授乳中、妊娠中、又は、妊娠の可能性がありますか・・・いいえ

・妊娠 () ヶ月・ 予定日 (月 日) ・妊娠の可能性あり ・授乳中

9) 発熱 (いつもより体温が高い日) がありましたか・・・いいえ

・(月 日 ~ 月 日まで 度位)

