

# はじめて受診される方へ

年 月 日

(ふりがな)

お名前 ( 才 ) 電話番号

ご住所

どこがわるいか○印をおつけください (いくつでも)

| みみ(左右)  | はな   | のど   | その他  |
|---|--|--|--|
| 耳がかゆい<br>耳が痛い<br>耳だれがでる<br>きこえにくい<br>みみなりがする<br>めまいがする<br>耳のつまる感じ<br>耳をさわる<br>耳あか | はながつまる<br>はな水がおおい<br>くしゃみ<br>においにくい<br>はな血<br>頭がおもい、痛い<br>のどにはな水がおりる<br>いつも口を開けている | のどが痛い<br>舌が痛い<br>こえがれ<br>こえをだしにくい<br>せき<br>たん<br>のどに何かあるような感じ<br>がする<br>味がわかりにくい | 顔面マヒ<br>目がかゆい<br>熱がある<br>食事がとれない<br>はきけ<br>はれ(腫れ)がある<br>いびき<br>肩こり<br>下痢<br>不眠 |

花粉症予防 ・ 学校検診 ・ 補聴器相談 ・ アレルギー抗原検査希望 ・ その他

いつごろから症状がありましたか

( )日まえから ・ ( )週まえから ・ ( )月まえから ・ ( )年まえから

おたずねします。○印をおつけください

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| ■注射やのみぐすり、気分が悪くなったり、発疹が出たり、ショックをおこしたことがありますか。   | あり ・ なし                           |
| ■食物のアレルギー(卵・牛乳)   | あり ・ なし                           |
| ■つぎの病気はありますか、または以前ありましたか。<br>糖尿病、高血圧、不整脈、肝臓病(B型肝炎・C型肝炎)、胃・十二指腸潰瘍、花粉症、<br>アトピー性皮膚炎、喘息、前立腺肥大症、緑内障、その他の病気( ) |                                   |
| ■タバコ  | すう ・ すわない                         |
| ■お酒   | のむ ・ のまない                         |
| ■他の病院でもらっている薬   | あり ・ なし<br>→ありの方( )               |
| ■こな薬  | のめる ・ のめない                        |
| ■シロップ   | のめる ・ のめない                        |
| ■錠剤・カプセル  | のめる ・ のめない                        |
| ■いままで手術を受けたことがありますか   | あり ・ なし<br>→ありの方(手術名 ) ・ 年月( 年 月) |
| ■妊娠   | なし ・ あり ・ 不明( 月)                  |
| ■授乳   | あり ・ なし                           |
| ■体重(こどもさん)  | kg ←こどもさんの場合は、必ずご記入ください           |
| ■診療明細書発行  | 要 ・ 不要 ←必ず○印をおつけください。             |

記入者

佐藤耳鼻咽喉科