

ふりがな		男 ・ 女	生年月日 (西暦)	年 月 日 ( 才) お子様： 才
名前				
ご住所	〒	連絡の取れる番号		( )

◎本日はどのような症状で来られましたか(当てはまる所に○をつけて下さい)

耳の症状 右 / 左	・痛い ・痒い ・耳だれ ・耳鳴り ・つまった感じ ・聞こえがわるい ・ひびく感じ ・耳垢
鼻の症状	・鼻水 ・鼻づまり ・くしゃみ ・汚い鼻水 ・鼻血 ・痛い ・においの異常 ・鼻がのどに落ちる ・アレルギー性鼻炎
のどの症状 右 / 左	・痛み ・痒い ・違和感 ・飲み込みにくい ・つまった感じ ・何かできた ・咳 ・痰 ・乾く ・味が分からない
めまい	・ぐるぐる回る ・ふらふらする ・手足の力が入らない痺れる
声の症状	・声が出ない ・かすれ声
その他	・首が腫れた ・検診でひっかかった ・いびき・無呼吸 ・舌下免疫療法 ・アレルギー検査 ・ビタミン注射を希望する
自由記載欄	( )

◎その症状はいつからですか？ ( )から・続いている・繰り返す

◎薬剤アレルギー：なし ・ あり ( )

◎喫煙・飲酒していますか？： (・喫煙している ・飲酒している ・どちらもしていない)

◎現在治療中、もしくは以前かかった事のある病気はありますか？(手術を含みます)

・緑内障 ・糖尿病 ・B型/C型肝炎 ・喘息 ・前立腺肥大症 ・心臓病 ・脳卒中 ・腎臓病 ・甲状腺疾患 ・その他( )
---

◎現在服用中のお薬はありますか？(ありましたら受付に**お薬手帳**をお出し下さい)

・ピル ・血液をサラサラにする薬 ・その他( )
--------------------------

◎妊娠：なし ・ あり ( カ月) ・ 妊娠の可能性あり

◎授乳中：はい ・ いいえ

◎中学生以下のお子様の方へ、薬の剤型のご希望はありますか？

・粉薬 ・シロップ ・錠剤	お子様の体重： kg
---------------	------------

◎当院をどちらでお知りになりましたか？当てはまるものに○をつけて下さい。

・口コミ ・ホームページ ・チラシ等 ・ご近所 ・看板(クリニック前) ・他の医療機関からの紹介 ・知人ご家族からの紹介 ・その他( )
---

※これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。

ご協力ありがとうございます。お薬手帳をお持ちの場合、共に受付にお渡し下さい。