

# 当院を受診される方へ

フリガナ	
お名前	( 歳)
ご住所	〒
電話	( )
体重	kg

こんにちは。今日はどこが悪くて受診されましたか？

耳：（右・左・両方）

[痛い・かゆい・耳だれ・聞こえにくい・ふさがった感じ・鳴る・めまい]

鼻： [くしゃみ・鼻水・鼻づまり（右・左・両方）・かゆい・鼻がのどにまわる

鼻血（右・左・両方）・においがわからない・鼻が臭い]

のど： [痛い・咳が出る・痰がからむ・かわく・つまる・声がかすれる・痰に血が混じる

食事ができない・いびきをかく・いつも口を開いている・睡眠中呼吸が止まる]

熱：（無・有）

その他：（ ）

・それはいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 頃から

・高血圧、心臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息などにかかったことがありますか？（○をおつけください。）

・過去、手術を受けたことがありますか？（いつごろ、どのような手術を受けられましたか？）

（無・有 \_\_\_\_\_ ）

・現在飲んでいるお薬がありましたら書いてください。

お薬手帳、処方箋がありましたらお出してください。

（病院、医院名） \_\_\_\_\_

（お薬） \_\_\_\_\_

・お薬で副作用がでたことがありますか？（無・有 \_\_\_\_\_ ）

・卵アレルギーがありますか？（無・有）

・タバコは吸いますか？ [吸わない・吸う \_\_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_\_ 年間]（成人の方のみ）

・その他（診療、治療に関するご希望がありましたらお書きください）

ご協力ありがとうございました。