

# 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。