

(初めての受診の際は、**フリガナ**、**〒**、**生年月日**をお願いします。)

フリガナ \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ( 才 ) 住所 \_\_\_\_\_

生年月日 **M・T・S** 年 月 日

自宅電話 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

★ 今日はどこが具合悪くて来院されましたか。 ○で囲ってください。

約 ( ) 日前から

- 耳・・・右・左 聞こえにくい・耳鳴りがする・耳だれ・耳が痛い  
耳に何か入っている・耳がつまる感じ・補聴器相談
- 鼻・・・右・左 鼻詰まり・鼻出血・鼻水・くしゃみ・  
においがわからない・鼻水がのどにおりる
- のど・・・・・・・・のどが痛い・声がかれる・咳がでる・たんがからむ  
のどが詰まる・のどが腫れている・異物感がある  
むせる・飲み込みにくい
- めまい・・・・・・・・めまい・ふらつき・吐き気
- 顔・・・・・・・・ゆがんでいる・痛い・けいれん
- その他・・・・・・( )

お熱はありますか? ない ・ ある ( 度)

★ 今までに耳鼻科にかかったことはありますか?

( ) 年前、 病気 ( )、 手術 ( )

★ 今までにかかった病気に○をつけてください。

高血圧 ( ) 糖尿病 ( ) 心臓病 ( )  
ぜんそく ( ) 結核 ( ) 腎臓病 ( )  
緑内障 ( ) その他 ( )

☆ 薬をのんだりまたは注射して、気分が悪くなったりじんましんができたことはありますか? ない ・ ある→どうなりましたか?

★ 現在何か薬をのんでいますか? いない ・ いる

★ いま妊娠していますか? いる ( ) ヶ月 いない わからない

★ 小学生までの子供さんは体重を記入して下さい。( ) kg