

フリガナ		男	(歳)		
氏名	様	女	明・大・昭・平	年	月 日
住所	(〒 -)				
携帯番号	-	-	身長	cm	体重 kg
自宅	-	-			体温 °C

※あてはまる症状に○をつけてください。

耳 (いつ頃から) (右・左・両方)
 ①聞こえにくい ②痛い ③耳だれ ④かゆい ⑤耳鳴り ⑥つまった感じ
 ⑦耳あか ⑧異物が入った ⑨自分の声が響く ⑩その他 ()

鼻 (いつ頃から) (右・左・両方)
 ①つまる ②黄鼻・水鼻 ③くしゃみ ④鼻血 ⑤痛い ⑥かゆい
 ⑦鼻水がのどに落ちる ⑧ニオイがわかりにくい ⑨異物が入った
 ⑩花粉症・眼がかゆい ⑪その他 ()

のど (いつ頃から) (右・左・両方)
 ①(のど・口の中・舌)が痛い ②せき ③痰 ④声がかれる
口 ⑤飲み込むと痛い ⑥のどに違和感 ⑦ガンが心配 ⑧のどに異物がつまった
 ⑨その他 ()

くび (いつ頃から) (右・左・両方)
 ①首に腫れ物がある ②ほほが痛い ③ほほが腫れている ④甲状腺について
顔 ⑤耳の下が腫れている ⑥アゴの下が腫れている ⑦顔面のゆがみ
 ⑧その他 ()

めまい (いつ頃から)
 ①ぐるぐる回る ②体がふわふわ浮いた感じがする ③その他 ()

いびき (いつ頃から)

その他 (いつ頃から) (右・左・両方)
 症状
 (悩み相談も)

●今までに下記の病気にかかった事がありますか？

ある { 喘息・高血圧・心臓病・糖尿病・緑内障
 前立腺肥大・てんかん・その他 () } ・ ない

●又、現在上記病名を治療中ですか？ → はい・いいえ

●現在、お薬を飲んでいますか？ ※お薬手帳をお出し下さい

はい { 薬の名前： } ・ いいえ

●お薬や食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーやじんましんが出たことがありますか？

ある (薬の名前や食べ物の種類：) ・ ない

●女性の方へ 現在、妊娠あるいはその疑いはありますか？

ある (妊娠 力月)・授乳中・不明 ・ ない

●ご家族の方が通院されていますか？ → はい (名前：) ・ いいえ