

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 性別 男・女  
 ご住所 \_\_\_\_\_ 15才以下の方:体重 \_\_\_\_\_ kg  
 電話番号 \_\_\_\_\_ 発熱中の方:今朝の体温 \_\_\_\_\_ 度

当クリニックを受診されたきっかけをお教え下さい。

1. 家族・知人の紹介、 2. 他院の紹介、 3. ご近所(家・職場)、 4. 看板/電話帳広告、 5. HP/インターネット

症状で**最も困るものに◎** あてはまるものに全て○をおつけ下さい。



<b>耳</b>	痛み	難聴	めまい
右	つまり感	痒み	ふらつき
左	耳鳴り	耳だれ	腫れた
両側	異物あり		
補聴器希望			

<b>のど</b>	痛み	飲むときに痛む
	飲めない	腫れた感じ
	息苦しい	詰まった感じ
	かゆい	
	咳	(眠れない 眠れる)
	痰	(黄色 透明 血性 多量 少量)
	乾燥感	
	声がれ	異物あり (魚骨 その他)

<b>鼻</b>	鼻水	(黄色 水様 ネット)
	くしゃみ	(頻回 時々)
	鼻詰まり	頬の痛み 違和感
	痛み	痒み 異物あり
	鼻血	(頻回 時々 分続く)
	匂い	(弱い 全く分からない)

<b>その他</b>	首の腫れ (前 右 左 顎の下 耳の周り)
	味がわからない
	いびき → 無呼吸がある ない 秒間
	頭痛 おでこの痛み 違和感
	後頭部の痛み
	目のかゆみ 目やに 口内炎
	顔の動きが悪い
	目が閉じない、口から水が漏れる
	アレルギー検査希望 舌下免疫療法希望

症状は大体いつからですか  
 およそ 時間 日 月 年 前から

症状に変化がありますか  
 特にない  
 良くなったり悪くなったりする  
 良くなってきている  
 どんどん悪化している



女性の方 妊娠中の場合 \_\_\_\_\_ ヶ月  
 授乳中の場合 \_\_\_\_\_ ヶ月 才 児に

上記について他院で加療されていた場合、改善がありましたか？  
 あり なし お薬がある場合、あと \_\_\_\_\_ 日分残あり

上記以外の症状やご不安な事について具体的にお書き下さい。

現在治療されている病気はありますか？ ある ない  
 高血圧、糖尿病、ぜんそく、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、脳梗塞、肝炎、腎障害、結核、緑内障、けいれん  
 その他( \_\_\_\_\_ )

過去にかかった病気あるいは受けた手術はありますか？ ある ない  
 高血圧、糖尿病、ぜんそく、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、脳梗塞、肝炎、腎障害、結核、緑内障、けいれん  
 その他( \_\_\_\_\_ )

現在他院にて処方されている薬はありましたらすべてお書き下さい。  
 その薬の名前もしくは種類 ( \_\_\_\_\_ )

お薬のアレルギーはありますか？ ある ない (アレルギー)  
 その薬の名前もしくは種類 ( \_\_\_\_\_ )

お子様の場合、お薬の希望は \_\_\_\_\_ 漢方薬は内服可能でしょうか  
 錠剤 粉 シロップ フィルム/チュアブル 可能 不可能  
 内服回数のご希望は  
 1日2回 3回 どちらでも



ありがとうございました。