

(ふりがな)

体温 \_\_\_\_\_ °C

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 S・H・R 年 月 日 ( 歳 )

(〒 \_\_\_\_\_ )

お電話番号 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

① 今日はどうされましたか? ○をつけて下さい。特に気になるものには◎をつけて下さい。

耳 (右・左)	痛い・かゆい・耳だれ・耳垢・聞こえにくい・ふさがった感じ・ひびく・耳鳴り・めまい その他( )
鼻	痛い・くしゃみ・鼻水(水っぽい・ねばねば・色がついた)・鼻づまり・鼻血 鼻水がのどに落ちる・においがわからない・においが気になる その他( )
口・のど 舌・首	痛い・せき・たん・声かれ・のどがつまる感じ・食事が通りにくい・いびき・乾く 腫れている・味がわからない・口が開きにくい その他( )
その他	発熱・頭痛・関節痛・吐き気・腹痛・下痢・発疹・がんが心配・アレルギー検査希望 甲状腺の検査希望・睡眠時無呼吸の検査希望・その他( )

いつからですか? ( )日前 ( )週間前 ( )ヶ月前 ( )年前 ( )月( )日 から

② 今までにかかった病気(継続して治療している病気)はありますか?

ない / ある ある場合は下記に○をつけて下さい

アレルギー性鼻炎・花粉症・喘息・心臓病・高血圧・緑内障・腎臓病・肝臓病・糖尿病

その他( )

③ 今までに手術をしたことがありますか?

ない / ある ある場合は下記に年齢と手術名をご記入下さい

\_\_\_\_\_歳時: 手術名:

\_\_\_\_\_歳時: 手術名:

④ 現在、飲んでいるお薬はありますか?

ない / ある 薬の名前 ( )

⑤ お薬手帳はお持ちですか? お持ちの方は提出をお願いします

はい / 忘れた / ない

⑥ たばこは吸いますか?

吸わない / 吸う( 本/日を 年間) / 以前吸っていた( 本/日を 年間)

⑦ お酒は飲みますか?

飲まない / 飲む

種類: ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー

量: \_\_\_\_\_ ml 本 合 頻度: 週に 回 または 月に 回

⑧ 運転はしますか?

する / ときどきする / しない

⑨ 薬や食べ物で副作用やアレルギー症状がでたことがありますか?

いいえ / はい 薬名または飲食物の名前 ( )

⑩ お薬の希望は? 下記に○をつけて下さい

錠剤 / 粉薬 / どちらでもよい

【女性の方へ】

妊娠の可能性はありますか? ない / ある ( ヶ月)

現在授乳中ですか? いいえ / はい (お子様 歳 ヶ月)