

ふりがな			記入者
氏名			本人・家族 ( ) その他 ( )
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生 ( ) 才	
住所	〒 _____		電話 ( ) _____

※ お子様の場合は体重を書いて下さい \_\_\_\_\_ kg

○ 今日はどうされましたか？

- |   |                                     |                                      |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 耳      | <input checked="" type="radio"/> のど | <input checked="" type="radio"/> 鼻   |
| <input type="checkbox"/> 耳が痛い (右・左)     | <input type="checkbox"/> のどの痛み      | <input type="checkbox"/> はなみず (水様・黄) |
| <input type="checkbox"/> 耳だれ (右・左)      | <input type="checkbox"/> せき・痰がでる    | <input type="checkbox"/> はなづまり       |
| <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (右・左)   | <input type="checkbox"/> 声がかすれる     | <input type="checkbox"/> くしゃみ        |
| <input type="checkbox"/> 耳がつまった感じ (右・左) | <input type="checkbox"/> つかえ感・異物感   | <input type="checkbox"/> はながのどに流れる   |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り (右・左)      | <input type="checkbox"/> 扁桃腺がはれている  | <input type="checkbox"/> 鼻血          |
| <input type="checkbox"/> 耳あか (右・左)      |                                     | <input type="checkbox"/> においがわからない   |
| <input type="checkbox"/> 耳がかゆい (右・左)    |                                     | <input type="checkbox"/> 眼がかゆい       |

- |                                    |  |                                      |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 口 | <input checked="" type="radio"/> 頸部 (くび) | <input checked="" type="radio"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 口の中の痛み    | <input type="checkbox"/> くびがはれている        | <input type="checkbox"/> ぐるぐるまわる     |
| <input type="checkbox"/> 味がわからない   | <input type="checkbox"/> くびが痛い           | <input type="checkbox"/> ふわふわする      |
| <input type="checkbox"/> 舌がおかしい    |  | <input type="checkbox"/> 目の前が真っ暗になる  |

● その他 (具体的に: \_\_\_\_\_)

○ いつ頃からその症状がありましたか? (\_\_\_\_\_)

○ どのような診察を希望されますか? (○で囲んでください)  
 耳あかをとってほしい ・ 鼻の洗浄をしてほしい ・ 補聴器の相談をしたい  
 詳しい検査をしてほしい  
 (鼻の内視鏡検査 ・ のどの内視鏡検査 ・ 聴力検査 ・ アレルギー検査 (血液) 他

○ 薬、食べ物のアレルギーはありますか?  
 (気分が悪くなったり、湿疹が出たりしたことが) ない ・ ある ( )

○ 今かかっている病気、昔かかっていた病気はありますか?  
 ぜんそく・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃腸病  
 その他 ( )

○ 飲んでいる薬があれば 薬の名前を書いて下さい。(お薬手帳などご持参下さい)  
 ( )

○ 妊娠されていますか? あるいはその可能性がありますか?  
 ない ・ ある ( 週目)

○ タバコは吸いますか?  
 吸わない ・ 吸う ( ) 本 / 日

○ お酒は飲みますか?  
 飲まない ・ 飲む ( )

○ 今日はどのようなきっかけで来院されましたか?  
 お知り合いからの紹介 ・ 他院の先生の紹介 ・ 電話帳を見た ・ ホームページを見た  
 看板で知った ・ その他の広告媒体を見た ・ 上記以外

○ その他、相談したいことやご希望などありましたらお書き下さい。  
 ( )