

ふりがな		男	未	生年月日	明大昭平	() 才
氏名		女	既			年 月 日
住所	〒				職業	
電話	() -	携帯				

1. 本日、診察を希望する症状は？（特にお困りの症状のみ○して下さい）

- 耳（右・左）……いたみ 耳だれ きこえが悪い 耳なり 耳のふさがり 耳のかゆみ 耳あか
 鼻 ……鼻づまり 鼻水（水のように・ねばい・膿のよう） 後鼻漏（鼻水が後ろへ流れる） くしゃみ
 鼻血（右・左） 嗅覚がない 鼻のいたみ
 いびき 頬のいたみ
 のど………
 いたみ いたがゆい 乾いた感じ はれる 痰が出る ものがつまる かすれ声 息苦しい せき
 飲み込むときのいたみ 通りが悪い（食物） 食事ができない 出血 違和感
 魚の骨がひっかかった（何のお魚？）
 口・舌………口内炎 舌の痛み 味がなし しびれる
 その他………めまい（フワフワ・グルグル） はきけ 頭のいたみ 頭が重い
 タバコは 現在吸っている（1日 本 年間） 吸わない 以前は吸っていた（1日 本 年間）
 交通事故（ 年 月 日 保険は自賠責保険ですか？はい いいえ 保険会社名： _____ ）

2. いつごろから？ H 年 月 日
3. すでに他の耳鼻咽喉科で治療を受けましたか？ はい いいえ
 はいの方（いつ 年 月 日） 病院名（ _____ ）
4. 今までに手術を受けられたことがありますか？ ある ない
 耳（両・右・左）・鼻・のど・その他（ _____ ）病名（ _____ ）病院名（ _____ ）
5. アレルギー体質がありますか？ ある ない
 花粉症（スギ・ヒノキ・その他 _____ ）コンタクト：有・無）・食物（ _____ ）・その他（ _____ ）
6. 今までに薬・注射・点滴・麻酔などで体に異常がおきたことはありますか？ ある ない
 何の薬ですか？ （抗生物質 かぜ薬 ピリン系薬品 その他： _____ ）
 どんな症状がありましたか？ （発疹 気分不良 嘔吐 ショック その他： _____ ）
7. 現在治療している病気がありますか？ ある ない
 糖尿病・緑内障・前立腺肥大・喘息・高血圧・肝臓・腎臓・心臓や血管の病気・（病名： _____ ）
8. 現在服用している薬がありますか？ ある ない
9. 手術が必要な場合、いかがされますか？
 イ. 手術を受けても治したい ロ. できれば手術したくない ハ. どちらでもよい
10. 女性の方へ 現在、妊娠していますか？ いいえ はい（ _____ 週目）
 現在、授乳中ですか？ いいえ はい（ _____ カ月）
11. 以前、当病院に受診されたことがありますか？ ある ない
12. 体温（ 度 分） 体重（ kg） 喘息（有・無）

特にお聞きしたい事があれば、ご記入ください。無ければ記入不要。