



ふりがな		体重(小学生以下)	
お名前	様	男・女	Kg
生年月日大・昭・平	年	月	日 (歳)
ご住所			
電話番号		携帯電話	

1. どのような症状で受診されましたか？ ○をつけてください。一番困る症状に◎をつけてください。
 発熱・息苦しい・インフルエンザ・おたふくなどが疑われる方はスタッフへお声かけください。

発熱 月 日～ °C 現在の体温 °C

耳 (右・左) 聞こえが悪い・つまった感じ・耳鳴り・痛い・かゆい・耳だれ
 耳垢をとってほしい・補聴器の相談

鼻 くしゃみ・鼻汁(透明・色つき)・鼻がつまる・鼻血
 頬や顔面が痛い・悪臭がする・においを感じない・鼻汁がのどへ流れる
 アレルギー性鼻炎・副鼻腔炎・スギ花粉症舌下免疫療法希望

花粉症(これまでに効いた・効かなかった薬)・眼のかゆみ

のど 痛い・咳(軽い・常に・夜も寝苦しい)・痰(透明・色つき)・声がかすれる
 息が苦しい・口内炎・舌が痛い・違和感を感じる・飲み込みにくい

他 めまいがする(ぐるぐる・ふらふら・初めて・以前もあった)・吐き気や嘔吐
 頸(くび)がはれた・いびきがひどい、夜中に息が止まる・顔が動かない

自由記載

2. 上記の症状はいつからですか
 今日から・昨日から・()日前から・()週間前から・()ヶ月前から
 月 日から・その他 ()

3. 上記の症状で他の病院で治療をうけましたか
 いいえ・はい (施設名 治療内容)

4. 女性の方で妊娠中、または授乳中ですか
 いいえ・妊娠の可能性あり・妊娠()週・授乳中

5. 薬・麻酔・食物のアレルギーはありますか
 いいえ・はい (薬品・食物名)

6. いままでにかかった、または治療中の病気はありますか お薬手帳があれば提出してください
 高血圧 脳卒中 糖尿病 心臓病 胃潰瘍 肝炎 腎炎 緑内障 前立腺肥大
 熱性けいれん 喘息 アトピー その他 ()

7. アレルギー検査を希望しますか いいえ・必要であれば・はい

8. 当院をどのようにお知りになりましたか
 ご家族が通院している 知人からのご紹介 他施設からのご紹介 ホームページ その他