

フリガナ _____ 男
氏名 _____ 女 大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳
郵便番号 _____ 住所 _____
電話番号 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 近所なので 知人から聞いた 家族が通院している/いた
 ホームページを見て 他院から紹介 その他 ()

② 今日はどのような症状でおみえになりましたか？

耳 (右・左) 耳あか 耳が痒い/痛い 耳だれ 聞こえが悪い
 耳鳴り めまい 補聴器の相談

鼻・・・ くしゃみ 鼻水 鼻づまり 鼻が痒い
 鼻がのどにおりる においがわかりにくい 鼻血 (右・左)

のど・・・ のどが痛い せきがでる たんがでる
 飲み込みにくい 違和感・異物感がある 声がかれる

その他・ 熱がある いびきが大きい 睡眠中に呼吸が止まる
その他にあればお書きください ()

上記の症状はいつ頃からありますか？ _____ (日・週・月・年) ぐらい前から

③ 現在、あるいは過去に下記の病気にかかったことがありますか？

高血圧 (ある・ない) 糖尿病 (ある・ない) ぜんそく (ある・ない)

現在、どこか他の病院に通院してみえる方へ

何の治療のためですか？ () お薬をもらっていますか？ (はい・いいえ)

④ 過去に「薬や注射で薬疹などのアレルギー反応」を起こしたことがありますか？

(ない・ある →)

⑤ 診察・治療について

- (検査・レントゲン・採血などで) 原因を調べて欲しい
 手術を希望 なるべく薬は飲みたくない

その他、診察・治療に対しての希望・不安などがあればお書きください