

# はじめて来院された方へ

下記の項目について  
 記入もしくは○で  
 囲んでください

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	大・昭・平・令 年 月 日生		
お名前			中学生以下の方は体重を記入してください。		
ご住所	〒	電話		体重	kg

## 1. どうなさいましたか？

**耳**      どちらか → 右、左、両側  
 痛い かゆい 耳なり 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ 自分の声がひびく  
 めまい その他 \_\_\_\_\_

**鼻**  
 鼻汁がでる(どろどろしたもの、水ばな) 鼻汁がのどにながれる 鼻血 鼻がつまる  
 においがしない くしゃみ 鼻がかさい 痛い かゆい  
 その他 \_\_\_\_\_

**口・のど**  
 痛い つまった感じ せき たん 声がかれる いがらっぽい 口内が乾く  
 物がうまく飲み込めない 舌が荒れる 息苦しい いびきをかく たんに血が混じる  
 その他 \_\_\_\_\_

**その他**  
 頭痛 顔がはれた 首が痛い 首のはれ 目がかゆい  
 その他 \_\_\_\_\_

2. いつ頃からですか？ ( 日前から、 ヶ月前から、 年前から)

3. 今までにどんな病気をしましたか？ ない ある  
 (ある場合) → ちくのう症(副鼻腔炎) ぜんそく その他アレルギー疾患 心臓病 高血圧  
 肝臓病(B型肝炎、C型肝炎) 腎臓病 糖尿病 結核 血が止まりにくい病気  
 けいれん発作 その他 \_\_\_\_\_

4. 今までに薬や食べ物で異常(アレルギーなど)が起きたことがありましたか？  
 ない ある (どんな薬または食べ物ですか )

5. 今までに手術を受けたことがありますか？ ない ある  
 (ある場合) ちくのう症(副鼻腔炎) 中耳炎 扁桃腺 こまく切開  
 その他 \_\_\_\_\_

6. 現在、他の病院に通院していますか？  
 かかっていない かかっている (どこが悪くてかかっていますか？ )  
 何かお薬はのまれていますか？ いいえ はい(お薬の名前: )

7. 女性の方にうかがいます  
 妊娠していますか いいえ はい( ヶ月) 可能性あり  
 現在授乳中ですか いいえ はい