

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平	年	月	日生
お名前			電話番号：	()	
ご住所	〒					

◆診療明細書をご希望されますか？ いいえ ・ はい

◆当てはまる症状に ○ をお付け下さい

耳（右・左）	鼻	喉
耳が 痛い・かゆい	鼻がつまる	喉が痛い
耳だれが出る	鼻水が多い	喉がつまる感じ
耳がつまる	くしゃみが多い	味がよく判らない
聞こえにくい	頭が痛い(重い)	いびきが大きい
めまいがする	ニオイがよく判らない	口の中・舌が痛い
耳鳴りがする	鼻血が出る	声が出しにくい

他に気になる症状があればお書き下さい

◆症状はいつからですか？ () から

◆発熱はありますか？ ない ・ ある ()°C

◆今までかかった、あるいは現在かかっている病気はありますか？ ない ・ ある

心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 高血圧 ・ 脳梗塞
糖尿病 ・ 結核 ・ ガン ・ 喘息(ぜんそく) ・ じんましん

その他

◆現在、服用している薬はありますか？ ない ・ ある⇒
お薬手帳を受付でお預かりします
記入は不要です

病名

薬の名前

◆今までに薬を飲んで、異常が起きたことはありますか？ ない ・ ある

薬の名前/どのような症状がでましたか？

◆食べ物のアレルギーはありますか？ ない ・ ある

◆女性の方にうかがいます

・妊娠していますか？ いいえ ・ はい (カ月)

・現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい

◆お子様にうかがいます 体重： kg