

初めて受診される方へ

〒

住所

電話番号

フリガナ

氏名

体重 Kg(お子様のみ)

発熱 有 °C ・無

あなたの症状で一番つらい症状をお知らせ下さい。

その他に伴う症状をお知らせ下さい。

耳 (右・左・両耳)	痛い	かゆい	聞こえにくい	耳鳴り	つまった感じ	耳垢
	耳だれ	その他 ()				
鼻	鼻つまり	鼻水	くしゃみ	鼻血	その他 ()	
咽	痛い	咳	痰	つまった感じ	飲み込みにくい	
	その他 ()					
その他	めまい	いびき	その他 ()			

それはいつ頃からですか？

上記の症状で他の病・医院で診察を受けましたか？

受けない

受けた 病・医院名

今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

耳鼻咽喉科の病気・手術 ない
ある ()

耳鼻咽喉科以外の病気・手術 ない
ある ()

現在、治療中の病気・服用中の薬はありますか？ ない
ある ()

体に合わない薬や食物がありますか？ ない
ある ()

その他 喫煙 しない する (本/日)
妊娠・授乳 なし あり

医療明細書は必要ですか？ はい いいえ