

フリガナ
氏 名

体重

kg (お子様のみ)

電話 (自宅)
(携帯)

発熱 ☐無・☐有

℃

あなたの症状で一番つらい症状をお知らせ下さい

そのつらさは ☐とてもつらい ☐つらい ☐我慢できる

大切な行事や仕事等その症状を早く治す必要がありますか？

☐ない・☐ある ()

その他に伴う症状をお知らせ下さい

耳 痛い かゆい 聞こえにくい 耳鳴り
(右・左・両耳) 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？ ()

現在妊娠中ですか？☐いいえ・☐はい(ヶ月) 授乳中ですか？☐いいえ・☐はい

次回はいつ来院できますか？

☐翌日 ☐1週間後 ☐平日(午前のみ・午後のみ) ☐土曜日のみ ☐未定

その他お聞きになりたいことがあればお書きください