

初めて受診される方へ

〒
住所

生年月日 明・大・昭・平

年 月 日 歳

電話(自宅)
(携帯)

体重 Kg(お子様のみ)

発熱 □無・□有 ℃

フリガナ
氏 名

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 (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べ物がありますか? □ない・□ある()

喫煙 □しない・□する(本/日)

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