

お名前	フリガナ	男・女	生年月日	平成	年	月	日生 (歳)
ご住所							発熱のある方 ℃
お電話	() -	携帯電話		体重	*中学生までは必須 kg		

1. 今日はどうされましたか (□の中に☑をつけてください 複数可)

- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|
| 耳 | 鼻 | のど | |
| <input type="checkbox"/> 耳が痛い(右・左) | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る(黄色・緑色・白色・透明) | <input type="checkbox"/> のどが痛い | |
| <input type="checkbox"/> 耳だれが出る(右・左) | <input type="checkbox"/> 鼻づまり(右・左) | <input type="checkbox"/> つかえ感、異物感 | |
| <input type="checkbox"/> 聞こえが悪い(右・左) | <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> 声がかすれる | |
| <input type="checkbox"/> 耳がふさがった感じ(右・左) | <input type="checkbox"/> 鼻血(右・左) | <input type="checkbox"/> せき(夜・寝起き・1日中) | |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする(右・左) | <input type="checkbox"/> においがわからない | <input type="checkbox"/> たん(黄色・白色) | |
| <input type="checkbox"/> 耳がかゆい(右・左) | <input type="checkbox"/> 鼻水がのどにおりる | <input type="checkbox"/> 息苦しい | |
| <input type="checkbox"/> 耳あかを取ってほしい(右・左) | | <input type="checkbox"/> いびき | |
| その他 | | | |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> ふらつき | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 頭が重い |

上記以外の症状の方や書き足りない方は具体的にお書きください _____

2. 上記の症状はいつからですか

- 今日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

3. 1の症状・病気で現在もしくは最近まで他院で治療などを受けていたことがありますか

- ない ある(わかれば病名をお書きください)
(病名 _____ 病院名 _____)

4. 現在内服中の薬がありますか

- ない ある (お薬手帳や薬の用紙あり(ご提示ください))
薬剤名 _____)

5. 現在かかっている病気や以前にかかったことのある病気はありますか

- ない 喘息 アトピー性皮膚炎 おたふく 花粉症 熱性けいれん

6. 今までに薬や注射・食べ物で、体に異常をおこしたことがありますか

- ない ある 薬剤名(_____)
食品名(_____)

● 当院をお知りになったきっかけは?(複数回答可)

- 近所・通りがかり ご紹介(ご家族・ご友人 _____ 様) その他(_____)
 当院HP(□PC・□スマホ) 当院HP以外のネットを見て(具体的に _____)

● お薬の希望剤型は? 粉薬 水薬 錠剤

● 保育園・幼稚園・小学校に通園・通学していますか? はい いいえ

● 当院からのダイレクトメールを希望されない方はチェックしてください 希望しない

ご記入ありがとうございました。記載された情報は大切に保管させていただきます。