

お名前	フリガナ	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (歳)
ご住所						発熱の ある方	℃
お電話	() -	携帯電話					

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

- 耳が痛い(右・左)
 耳だれが出る(右・左)
 聞こえが悪い(右・左)
 耳がふさがった感じ(右・左)
 耳鳴りがする(右・左)
 耳がかゆい(右・左)
 耳あかを取ってほしい(右・左)
 補聴器希望(右・左)

鼻

- 鼻水が出る(黄色・緑色・白色・透明)
 鼻づまり(右・左)
 くしゃみ
 鼻血(右・左)
 においがわからない
 鼻水がのどにおりる
 頬が痛い(右・左)

のど

- のどが痛い
 つかえ感、異物感
 声がかすれる
 せき(夜・寝起き・1日中)
 たん(黄色・白色)
 息苦しい
 いびき

その他

- めまい ふらつき 頭痛 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・手術歴はありますか

- ない 高血圧 糖尿病 胃潰瘍 喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎
 緑内障 C型肝炎 B型肝炎 A型肝炎 その他()

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()
食品色()

7. 女性の方へ 現在妊娠中、または妊娠の可能性がございますか

- 妊娠中 週 妊娠の可能性あり 妊娠希望 授乳中 妊娠なし

●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)

●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。