

♪♪はじめて来院された方へ♪♪

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	
男 女	
生年月日	平成 年 月 日 ( 才 )
自宅住所	〒
Tel ( )	
体重 kg	
当クリニックは耳鼻咽喉科になります	
<p>※本日はどうされましたか？あてはまるところに○をして下さい。</p> <p>耳（右・左・両方）が・・・痛い・かゆい・聞こえない・耳あか・耳だれ</p> <p>鼻（右・左・両方）が・・・つまる・鼻水が出る・くしゃみ</p> <p>のどが・・・・・・・・・・痛い・たん・せきが出る</p> <p>お腹（下痢・嘔吐・腹痛）</p> <p>熱がある（ . 度）</p> <p>その他（ )</p> <p>※いつからですか？ _____ から</p>	
<p>※以下の質問にお答え下さい。</p> <p>他院で薬を飲まれていますか？ はい / いいえ</p> <p>☆お薬手帳や薬の名前が明記されているものがありましたら、事前におだください</p> <p>薬の名前（ )</p> <p>どちらの病院におかかりですか？( )</p> <p>ご希望するお薬の形状（錠剤・散剤・シロップ）</p> <p>薬・注射のアレルギーはありますか？ はい・いいえ ( )</p> <p>卵・牛乳等のアレルギーはありますか？ はい・いいえ ( )</p> <p>熱性けいれんを起こしたことがありますか？ はい・いいえ</p> <p>歯科治療などで使用する局部麻酔薬で体調が悪くなったことはありますか？ はい・いいえ</p>	
<p>※今までにかかった病気は？</p> <p>中耳炎・副鼻腔炎（ちくのう症）・はしか・みずぼうそう・おたふく・風疹</p> <p>突発性発疹・ひきつけ・その他（ )</p> <p>※感染症をお持ちですか？（B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HTLV1・その他）</p> <p>※以前入院や手術をしたことありますか？</p> <p>ない・ある（その病名 )</p> <p>☆下記のアレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか？</p> <p>気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー</p>	