

平成 年 月 日

ふりがな	
患者氏名	
	男 女
生年月日 平成 年 月 日 ( 才 )	
自宅住所 〒	
TEL ( )	
メール配信にてクリニック情報 必要 ・ 不必要 ( 対応: @ )	
緊急連絡先 TEL ( )	
自宅・携帯・会社( )・その他( )	
※こちらはお子さんが一人で来院された時のご連絡先とし、他連絡等には使用致しません	
身長	cm 体重 kg
※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。	
耳 (右・左・両方) が・・・痛い・かゆい・聞こえにくい・耳掃除	
鼻 (右・左・両方) が・・・つまる・鼻水が出る・くしゃみ	
のどが・・・・・・・・・・・・・痛い・違和感がある・せきが出る	
皮膚の・・・・・・・・・・・・・かゆみ・発赤	
熱がある ( 度 )	
その他 ( )	
※いつからですか？ から	
※以下の質問にお答えください。	
・現在内服されているお薬はありますか？(他院での処方薬・市販薬など)	
いいえ / はい : 薬の名前 ( )	
おくすり手帳など内容のわかるものがありましたら受付にお出し下さい	
・飲めない薬の形状 ( 錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ )	
・食物アレルギーはありますか？	
いいえ / はい (卵・牛乳・その他食物 )	
・薬・注射のアレルギーはありますか？	
いいえ / はい ( )	
・縫合・小切開・胃内視鏡検査・歯科治療などで使用する局所麻酔薬で体調が悪くなったこと (吐気・めまい・ふらつき・失神など) はありますか？ いいえ / はい ( )	
・採血・鼻処置・鼻血処置・歯科治療など痛みの伴う治療・検査で体調が悪くなったこと (吐気・めまい・ふらつき・失神など) はありますか？ いいえ / はい ( )	
既往歴・過去の手術歴・その他診察時に気をつけることなど具体的に	
※診察内容に関わる場合がございますので、必ずご記入をお願い致します。	
※ 感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HTLV1・HIV・その他)	
☆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？	
気管支ぜんそく・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー	
※当院は何で知りましたか？	
1 インターネット情報 (病院検索サイト等)	
2 当院ホームページ	
3 広告 (駅構内看板・バス音声・通りがかって・広報)	
4 知人の紹介 ( さんの紹介 )	
5 家族がかかっている	
6 他院からの紹介	
7 家 (職場) から近い	