

## 耳鼻咽喉科を受診される方へ

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) 男・女

ご住所〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ kg (15歳未満の方のみで結構です)

### ◆今日はどこが悪くて受診されましたか？

・耳：(右・左・両方)

痛い、痒い、耳だれ、聞こえにくい、ふさがった感じ、耳鳴り、めまい、耳あか

・鼻：くしゃみ、鼻水、鼻づまり、痒い、鼻水がのどにまわる、

鼻血(右・左・両方)、においが分からない、鼻が臭い

・のど：痛い、咳がでる(時々・日中・夜)、痰がからむ、かわく、つまる、声がかすれる

痰に血が混じる、いびきをかく、いつも口を開いている、睡眠中呼吸が止まる

・下痢はしていますか？(はい・いいえ)

・熱はありますか？(無・有) \_\_\_\_\_ °C

・その他( \_\_\_\_\_ )

◆それはいつからですか？ \_\_\_\_\_ 頃から

◆2週間以内に飲んでいるお薬はありますか？(無・有) ◆お薬手帳(無・有)

医院名 \_\_\_\_\_ \*お薬手帳、処方箋がありましたらお出してください

服用中のお薬 \_\_\_\_\_

◆妊娠中ですか？ はい(妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月)・いいえ・分からない

◆授乳中ですか？ はい(お子様の月齢 \_\_\_\_\_ ヶ月)・いいえ

○○○○○ 前回とお変わりなければ以下の記入は不要です 変わりなし ○○○○○

◆今までに下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？(○をつけて下さい)

高血圧、高脂血症、心臓病、肝臓病、肝炎(B・C)、糖尿病、アトピー性皮膚炎、喘息、甲状腺疾患

前立腺、緑内障、その他( \_\_\_\_\_ )、なし

◆過去に手術を受けたことがありますか？(いつ頃どのような手術を受けられましたか？)

( 無・有 \_\_\_\_\_ )

◆お薬で副作用はありますか？( 無・有 \_\_\_\_\_ )

◆タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う( \_\_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_\_ 年間) [成人の方のみ]

◆その他(診察、治療に関するご希望がありましたらお書きください)

ご協力ありがとうございました