

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 S.H.R 年 月 日生 才

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

今日の体温 \_\_\_\_\_ °C 平熱 \_\_\_\_\_ °C 30kg以下の方体重 \_\_\_\_\_ kg

症状はいつからですか？： 月 日から/ 日前/ カ月前/ 年前から  
 どのような症状・経過で来院されましたか？

今の症状にあてはまるものにすべて○をつけてください

右耳・左耳： 痛い かゆい 耳だれ きこえにくい つまる 耳鳴り 耳あか

右鼻・左鼻： 痛い 鼻水 鼻づまり くしゃみ かゆい 匂いがしない/鈍い 鼻血

右のど・左のど： 痛い つかえる 異物感 声がれ 口内炎 咳 痰 食事がとれない

その他： めまい(くらくら・ふわふわ・ぐるぐる) 味の異常 いびき 首が腫れている

鼻汁がのどにさがる(後鼻漏) 頬部痛(右/左)

咳：(強・中・弱・乾いた咳) 透明の痰 黄色い痰 血痰 咳をして胸が痛い

頭痛：頭重感 目の奥の痛み 側頭部痛 後頭部痛 前頭部痛 頭頂部痛

肩こり 腰痛 冷え症 便秘 下痢 胃痛 胃がもたれる 消化不良

だるい 不眠 扁桃炎の痛みまたは熱が年 \_\_\_\_\_ 回くらいある

☆アレルギー検査希望(採血)：39種類(一般的なセット項目 保険での検査です)

既往歴：高血圧 高脂血症 高コレステロール血症 糖尿病 狭心症 心筋梗塞 不整脈

喘息 脳梗塞 脳出血 肝臓病(B型肝炎・C型肝炎・肝硬変)

腎臓病( ) 緑内障 白内障 前立腺肥大 アトピー性皮膚炎

関節リウマチ 月経困難 子宮内膜症 子宮筋腫 逆流性食道炎

その他・手術歴など \_\_\_\_\_

常用薬：ない ある( ) 薬手帳持参 \_\_\_\_\_

アレルギー・花粉症(詳細 \_\_\_\_\_) 合わない薬：ない ある( )

☆(歯科や手術で使う)麻酔薬のキシロカインにアレルギーはありますか？ ある・ない・不明

☆女性の方：授乳中 妊娠中( 週)

☆タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う ( 歳から1日 本)

以前吸っていた ( 歳~ 歳に1日 本 )

☆お酒は 飲まない 飲む(時々・毎日・週 回)種類・量は？( )

☆当院を何でお知りになりましたか？ よろしければ御紹介者の方のお名前をお書きください

ご近所である 会社が近い お知り合いの方からの紹介( 様)

ホームページ(PC・スマートフォン) その他( )