初診の患者さんへ

フリガナ
氏　名　　年　令　　才

〒
住　所　　生年月日　．　．

TEL　　体　重　　kg
（子供）

本日の受診理由についてお尋ねします。
下の項目のあてはまる所に○をおつけ下さい。

1．今、一番困っている症状は何ですか。

耳（右・左・両）

（　　）耳あかをとってほしい
（　　）耳がいたい
（　　）耳だれが出る
（　　）耳がふさがった感じがある
（　　）耳がきこえにくい
（　　）耳鳴りがする
（　　）めまいがする
（　　）ふらふらする

その他の症状
（　　）

鼻

（　　）鼻がつまる
（　　）鼻じるが出る
（　　）くしゃみが出る
（　　）においがわからない
（　　）鼻血が出る
（　　）鼻がいたい
（　　）物が見えにくくなった
（　　）頬がはれていたい

その他の症状
（　　）

の　ど

（　　）のどがいたい
（　　）のみこみにくい
（　　）声がかすれる
（　　）息が苦しい
（　　）せきが出る
（　　）たんがからむ
（　　）のどに違和感がある

その他の症状
（　　）

そ　の　他

（　　）頭がいたい
（　　）くびがはれてきた
（　　）いびきがひどい
（　　）魚の骨がのどにささった
（　　）異物を誤ってのみこんだ
（　　）顔が動きにくい

その他の症状
（　　）

2．その症状が現われたのはどの位前からですか。
　およそ（　　）前、本日より

3．現在治療中の病気がありますか。内服薬がある方はお薬手帳を受付に提示ください。
　ある（病名　　）　ない

4．過去に大きな病気にかかったことがありますか。
　ある（病名　　）　ない

5．いままで薬や注射によって、身体に変ったことがおこったことがありますか。
　ある（病名　　）　ない

6．タバコを吸われますか。
　（吸わない　　吸う　1日　　本　　過去　　年間）

7．女性の方へ、現在妊娠中または授乳中ですか。
　はい（　　）ヶ月　　授乳中　　いいえ