

耳鼻科外来を初めて受診される方へ

受診日：平成 年 月 日

ふりがな

住所：

氏名：

TEL：

性別：男・女

体重： Kg

年齢： 歳

保育園：

◆今日は、どこの具合が悪くて受診しましたか？ □にチェックをしてください。

□耳 □聞こえが悪い □耳鳴りがする □つまった感じがする □痛い
□耳ダレが出る □めまいがする □出血する

□鼻 □くしゃみ □鼻水がでる □鼻がつまる □鼻水がのどにおりる
□鼻血がでる □においがしない □痛い

□のど □痛い □セキ・タンがでる □違和感がある
□声がかすれる □飲みこみにくい

□その他 □発熱 □頭痛・頭重感 □ほっぺたの違和感
□いびき □味がしない □目のかゆみ

◆上記以外の症状があれば書いてください。 _____

◆それはいつからですか？ _____

◆今までに、かかった病気や受けた手術がありましたら全部書いてください。

_____ 歳ごろ _____
_____ 歳ごろ _____

◆今のんでいる薬がありますか。 □ある ……どこでもらいましたか？

⇒ _____

□ない

◆ぜんそくはありますか。 □ある □ない

◆薬などでアレルギー（副作用）がでたことがありますか。

□ある ……（アレルギーを起こしたもの・症状を詳しく）

⇒ _____

□ない

◆タバコ □吸う 本/日・ 年 □吸わない

◆お酒 □飲む /日・ 年 □飲まない

※女性のみ …… 妊娠・授乳について

□妊娠の可能性がある □妊娠している □妊娠していない

□現在、授乳をしている □現在、授乳をしていない