

フリガナ 氏名	-----	住所	
		電話番号	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)	携帯番号	

1. どうなさいましたか？ 症状に○を、いちばん気になる症状には、◎をつけて下さい。

耳

(いつから) (右 ・ 左 ・ 両方)

痛い かゆい 耳鳴り 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ 耳あか
自分の声がひびく その他 ()

鼻

(いつから) (右 ・ 左 ・ 両方)

痛い かゆい 鼻づまり 鼻水がでる くしゃみ 鼻血 においがしない
鼻がくさい その他 ()

口・のど

(いつから) ()

痛い つまった感じ 咳 たん 声がかれる うまく飲み込めない 口内炎
口内が乾く いびきをかく いがらっぽい 味覚障害
その他 ()

その他

(いつから) ()

頭痛 顔が痛い 首のはれ 眼がかゆい 顔面麻痺 学校検診 立ちくらみ
めまい 吐き気 その他 ()

2. 熱はありますか？ 【 ある ・ ない 】 _____ °C

3. 今まで (現在) 下記の病気にかかったことがありますか？ 【 ある ・ ない 】

肝臓病 (肝炎 A B C型) 心臓病 腎臓病 糖尿病 けいれん発作 結核 甲状腺
高血圧 喘息 アトピー 花粉症 アレルギー性鼻炎 緑内障 その他 ()

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか？ 【 ある ・ ない 】

薬の名前 ()

お薬手帳をお持ちですか？ 【 今持っている ・ 家にある ・ 持ってない 】

5. 今までに薬や注射で、異常が起きたことがありますか？ 【 ある ・ ない 】

薬の名前 () 症状 ()

6. 女性の方にうかがいます

・妊娠していますか？ はい (カ月) ・ いいえ
・現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ