

フリガナ		男	生年	昭	年	月	日	才	体重	kg
氏名		女	月日	平					体温	度分
住所	〒□□□□□□□□				T E L	自宅	-	-		
						携帯	-	-		

1. 本日どのような症状で受診されましたか？ 該当する項目に☑印をつけて下さい。

耳		鼻		のど	
<input type="checkbox"/> 耳が痛い	(右、左)	<input type="checkbox"/> くしゃみ 鼻水 鼻づまりがある		<input type="checkbox"/> のどが痛い、 <input type="checkbox"/> 咳が出る	
<input type="checkbox"/> 耳垂れが出る	(右、左)	<input type="checkbox"/> 鼻血がでる (右、左)		<input type="checkbox"/> のどの違和感	
<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	(右、左)	<input type="checkbox"/> 頭が痛い(重い)		<input type="checkbox"/> くちの中にできものがある	
<input type="checkbox"/> 耳がつまる	(右、左)	<input type="checkbox"/> ほっぺが痛い(重い)		<input type="checkbox"/> 舌が荒れている	
<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする	(右、左)	<input type="checkbox"/> においがよくわからない		<input type="checkbox"/> 声が出ない	
<input type="checkbox"/> めまいがする	(右、左)	<input type="checkbox"/> 鼻に異物が入った (右、左)		<input type="checkbox"/> 味がわかりにくい	

その他の症状 ( )

2. 上記の症状はいつ頃からですか 年 月 日頃から

3. 現在服用中のお薬  なし  ある ※お薬手帳は受付でお見せ下さい

( )

4. 現在治療中の病気はありますか  なし  ある

(病名 ) (病院名 )

5. 過去に治療した病気や受けた手術  なし  ある

(病名 ) (病院名 ) ・ いつ頃 )

6. 薬や食物で、じんま疹がでたり、気分が悪くなったりしたことがありますか

なし  ある→薬剤名 ( ) 食物 ( )

7. 苦手な薬はありますか

錠剤  カプセル  粉薬  水薬  何でも飲める

8. お子様にお尋ねします 熱性痙攣をよく起こしますか

はい  いいえ

9. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか

いいえ  はい (妊娠 ヶ月)  授乳中 (1日 回) 何ヶ月 ( ヶ月)

10. 本日マイナンバーカードはお持ちですか

はい  いいえ