

フリガナ		男	生年	昭	年 月 日 才	体重	kg
氏名		女	月日	平令		体温	度 分
住所	〒□□□-□□□□				TEL	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) ( )

5. 過去に治療した病気や受けた手術 なし ある  
(病名 ) ( 病院) (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. 飲めないタイプの薬はありますか  
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. 新型コロナワクチンの予防接種  
直近の接種 R 年 月 日 ( 回目)