

ふりがな

年齢: 歳身長: cm

お名前:

性別: 男 / 女体重: kgご住所: 〒 電話番号: - - 生年月日: 年 月 日

お困りの症状は何ですか?

 年 月 日 頃から耳: 右 / 左 / 両方 痛い、かゆい、耳だれ、聞こえにくい、ふさがった感じ、
耳鳴り、めまい、耳そうじ鼻: くしゃみ、鼻水 (透明 / 色つき)、鼻づまり、かゆい、鼻水がのどに回る、
鼻血 (右 / 左 / 両方)、においがわからない、鼻の中がにおうのど: 痛い、咳が出る、痰がからむ、かわく、つまる、声がかすれる、
痰に血が混じる、食事ができない、いびきをかく、睡眠中呼吸が止まるその他: 紹介状 あり / なし だんだん悪くなる / 同じ / 良くなった / 繰り返す 今回が初めて / 以前もあり

以下の疾患にかかったことはありますか? (あてはまるものに○をおつけください。)

 高血圧、糖尿病、心臓病、脳梗塞、肝臓病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息、緑内障

そのほか伝えておきたい病名や、過去に手術を受けたことがあれば下にお書きください。

病名、手術:

現在使用中の薬があればお書きください。(お薬手帳や処方せんがありましたらお出しください。)

薬名 (病院/医院名:)タバコは 吸う / 以前吸っていたがやめた (年前から禁煙) / 吸わない吸う または 以前吸っていた方 1日 本 × 年間女性のみ: 妊娠中 (週) / 授乳中12歳以下のみ: シロップ / 錠剤 / 粉薬 希望

他、何か伝えておきたいことはありますか? (アレルギー体質などもあればここにお書き下さい)