

ふりがな _____ 来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 お名前 _____ □男性 □女性 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ご住所 〒 _____ - _____
 お電話番号 (_____) _____ - _____

①今日はどのような症状で来院されましたか？（部位・症状にシ点をお付けください。）

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 右耳が <input type="checkbox"/> 左耳が | <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> 聞こえにくい その他 【 _____ 】 | <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> こもってる <input type="checkbox"/> 耳垢をとってほしい | <input type="checkbox"/> 出血している <input type="checkbox"/> 耳だれがある |
| <input type="checkbox"/> 右鼻が <input type="checkbox"/> 左鼻が | <input type="checkbox"/> くしゃみが出る <input type="checkbox"/> 鼻づまりがある その他 【 _____ 】 | <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 鼻血が出る | <input type="checkbox"/> ドロっとした <input type="checkbox"/> 水っぽい <input type="checkbox"/> 痛い |
| <input type="checkbox"/> のどが | <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 声が出にくい その他 【 _____ 】 | <input type="checkbox"/> 食事が摂れない <input type="checkbox"/> 食事は摂れる <input type="checkbox"/> 声がかすれる | <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 異物感がある |
| <input type="checkbox"/> めまいが | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | <input type="checkbox"/> ぐるぐるまわる | <input type="checkbox"/> ふわふわする |
| <input type="checkbox"/> 発熱が | <input type="checkbox"/> ある 【 _____ °C】 | <input type="checkbox"/> ない | |
| <input type="checkbox"/> その他の症状 | _____ | | |
| 上記の症状はいつごろからありましたか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日から | | | |

②今まで、薬や食物等で発疹が出たり、具合が悪くなったりしたことはありませんか？ ある ない
 ある方は下記にご記入ください。

薬 【 _____ 】 その他 【 _____ 】

③今までに大きな病気をされたことがありますか？ ある 【病名 _____】 ない

④現在妊娠されていますか？ はい 【何ヶ月ですか？ _____ ヶ月目】 いいえ

⑤現在授乳中ですか？ はい いいえ

⑥現在服用中の薬はありますか？ ある 【薬の名前 _____】 ない