

はじめて来院される方へ

〔下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください。〕

平成 年 月 日

ふりがな				男・女	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前				被保険者(世帯主)との続柄				
ご住所	〒				電話	()		

1. どうなさいましたか？ 身長 _____ 体重 _____ 体温 _____

耳 どちらが → 右, 左, 両側

痛い かゆい 耳なり 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ

自分の声がひびく めまい その他 _____

鼻

鼻づまり 鼻汁がでる (どろどろしたもの, 水ばな) 鼻汁がのどにながれる 鼻血

においがしない くしゃみ 鼻がくさい 痛い かゆい

その他 _____

口・のど

痛い つまった感じ せき たん 声がかれる いがらっぽい 口内が乾く

ものがうまく飲みこめない 舌が荒れる 息苦しい いびきをかく 夜中に息が止まる

たんに血が混じる その他 _____ 睡眠外来希望

その他

頭痛 顔がはれた くびが痛い くびのはれ 眼がかゆい 禁煙外来希望

その他 _____

2. いつ頃からですか？ (日前から)
3. いままでどんな病気をしましたか？ ある ない
- (ある場合) → じんましん ぜんそく その他のアレルギー疾患 心臓病 肝臓病
- 腎臓病 糖尿病 高血圧 結核 血が止まりにくい病気
- けいれん発作 その他 _____
4. 今までに薬を飲んで異常が起きたことがありましたか？
- ない ある (どんな薬ですか)
5. 今までに手術を受けたことがありますか？ ある ない
- (ある場合) → ちくのう症, 中耳炎 扁桃腺 こまく切開
- その他 _____
6. 現在, 他の病気で通院していますか？
- かかっていない
- かかっている (服用中のお薬名をご記入ください)
7. 女性の方にうかがいます
- ・妊娠していますか いいえ はい (カ月)
 - ・現在授乳中ですか いいえ はい