

# はじめて来院された方へ

〔下記の項目について  
記入もしくは○で  
囲んでください。〕

年 月 日

ふりがな		男・女	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？

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 \_\_\_\_\_

**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

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 (どこが悪くてかかっていますか？      )

## 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

## 8. 服用しているお薬はありますか？

なし ・ あり (お薬の名前      )

※お薬手帳など処方内容のわかる紙をお持ちの方はご提示ください。