

ふりがな			性別	年齢
氏名			男・女・他	才
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
住所	(ふりがな) 〒			
携帯電話番号	()	—	自宅電話番号	() —
体重 (15歳以下)	kg	マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? (はい ・ いいえ)		

①本日一番お困りの症状はなんですか?

()

②いつ頃からですか? : 頃から

③その他に気になる症状はありますか? ★耳・鼻は左右も記入してください★

- ・耳：耳痛・耳だれ・耳鳴り・かゆみ・聞こえにくい・耳がつまる・耳そうじ希望・その他 ()
- ・鼻：くしゃみ・鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色) ・鼻づまり・鼻血・花粉症・においがしない
その他 ()
- ・のど：痛み・声がれ・せき・たん・味がしない・口内炎・飲み込みにくい・のどが詰まる・のどの違和感
首のはれ・甲状腺の相談・その他 ()
- ・めまい：めまいあり (回転性・ふわふわ) ・聞こえにくさ (あり・なし)
- ・熱が出ている：あり (いつから： から： °C) ・ なし
解熱鎮痛剤を内服した場合 (時頃に服用)

④今までにアレルギーを起こしたことはありますか? : あり・なし

- ・お薬 ()
- ・食べ物 ()

⑤持病、今までにかかった病気はありますか?

なし : ぜんそく・糖尿病・心臓病・胃潰瘍・肝臓病・高血圧・けいれん・緑内障
前立腺肥大 (その他:)

⑥現在服用中のお薬があれば必ずお書きください。 ★お薬手帳がある場合は代用可★

()

⑦タバコは吸いますか? : 吸う・吸わない・やめた ⑧お酒は飲みますか? : 飲む・飲まない

⑨女性の方へ

- ・妊娠はされていますか? していない・妊娠中 (妊娠 週)
- ・不妊治療はされていますか? していない・不妊治療中 (現在妊娠の可能性 あり・無し・不明)
- ・授乳されていますか? していない・授乳中 (お子さんの月齢: ヶ月)