ふりがな		カルテ番号	
氏名		生年月日	（ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ） 年 月 日
住所			
電話番号	－ －		

☆本日受診の理由は？

・**耳**：（右・左）　①耳あか　②耳だれ　③耳が痛い　④聞こえにくい　⑤つまった感じ
⑥耳鳴り　⑦かゆい　⑧その他（　　）

・**めまい・ふらつき**

・**鼻**：　①くしゃみ　②鼻水（透明・白・黄～緑）　③鼻づまり　④においがわからない　⑤鼻血
⑥鼻水がのどに下がる　⑦その他（　　）

・**咽喉**：①のどが痛い　②せき　③たん　④声のかすれ　⑤のどの異物感・つまる感じ
⑥口内炎　⑦乾燥感　⑧その他（　　）

・**その他**：①頭痛　②目がかゆい　③顔面神経麻痺　④首の腫れ

・**その他：具体的にご記入くださっても結構です**

・**健診でひかかった**（　　）　・**ピアス希望**

☆発熱は？　なし・あり（　　℃）

☆以下の病気になったことがあったり、治療中ですか？　（なし・あり↓）

・気管支ぜんそく　・食物アレルギー　・発疹・じんましんが出やすい
・糖尿病（血糖値が高い）　・高血圧　・中性脂肪やｺﾚｽﾃﾛｰﾙが高い
・心臓病・不整脈　・脳卒中（脳梗塞・脳出血）　・胃／十二指腸潰瘍・胃炎
・緑内障（眼圧が高い）　・白内障　・前立腺肥大（男性）
・けいれん・てんかん　・熱性けいれん（小児）
・その他（⇒　　）

☆現在なにか薬を飲んでいますか？　（いいえ　・　はい ⇒ お薬手帳持参・または下記にご記入下さい）

☆今までに薬のアレルギー（薬で気分が悪くなったり薬疹が出たこと）がありますか？
ない・ある（どんな薬？　　）

☆両親・兄弟に気管支喘息・アレルギー体質・けいれんを起こしやすい人がいますか？
いいえ・はい・わからない

☆妊娠は？（女性）　（なし　・　疑いあり　・　妊娠中（第　　週））

☆授乳中？（女性）　（いいえ・はい）

☆小児の方は体重をお書き下さい。　　Ｋｇ

☆保険会社への書類、学校や会社への診断書・証明書、事故関連の書類等が必要⇒（はい・いいえ）

ありがとうございました。
名前が呼ばれるまでしばらくお待ちください。