

ふりがな		男 ・ 女	(子供のみ)体重	kg	ご予約 :		
お名前							
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日		年齢	歳
ご住所 〒 _____							
電話 ( _____ ) _____ 携帯 ( _____ ) _____							

※次のあてはまる症状に☐印を、またそれはいつ頃からの症状かご記入ください。

現在の体温( \_\_\_\_\_ ℃ )

耳 (右 ・ 左)	鼻	のど
<input type="checkbox"/> 耳が痛い	<input type="checkbox"/> 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> のどが痛い
<input type="checkbox"/> 耳だれが出る	<input type="checkbox"/> 鼻水が出る	<input type="checkbox"/> のどがつまる
<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> くしゃみが出る	<input type="checkbox"/> 扁桃が悪い
<input type="checkbox"/> 耳がつまる	<input type="checkbox"/> 頭が痛い(重い)	<input type="checkbox"/> くちの中が痛い
<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> ニオイがよく分からない	<input type="checkbox"/> 舌が碍れている
<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする	<input type="checkbox"/> 鼻血が出る (右・左)	<input type="checkbox"/> 声が出しにくい
<input type="checkbox"/> 耳掃除希望	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> せきが出る
<input type="checkbox"/> 中耳炎が心配		<input type="checkbox"/> たんが出る
_____ 日前から	_____ 日前から	_____ 日前から

※上記以外の症状、または医師に伝えておきたい事があれば簡単にご記入下さい。

※現在のんでいるお薬がある方はご記入ください。 お薬手帳提出でも可です。

病院名 ( \_\_\_\_\_ )

※以下の項目であてはまるものに○印をご記入ください。

- ① 今までに薬を飲んで薬疹(じんましん)が出たことがある。 【 いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )】
- ② 注射にて気分が悪くなったり、その他の症状が出たことがある。 【 いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )】
- ③ けいれん性の体質がある。 【 いいえ・はい \_\_\_\_\_】
- ④ 今までにかかった大きな病気がある。 【 いいえ・はい↓記入】

蕁麻疹 喘息 心臓病 腎臓病 肝臓病(B型/C型) 胸部疾患 糖尿病 高血圧

その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑤ 女性の患者様へ

- \*現在、妊娠している。 【 いいえ ・ はい( \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ 可能性がある】
- \*現在、授乳している。 【 いいえ ・ はい \_\_\_\_\_】