

ふりがな		男・女	子供のみ	体重	kg
お名前					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢 歳
ご住所 〒 _____					
ご自宅 () _____ 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(_____ ℃)最高 _____ ℃

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"/> 鼻がのどにさがる	<input type="checkbox"/> くちの中が痛い
<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> 頭が痛い(重い)	<input type="checkbox"/> 舌があれている
<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする	<input type="checkbox"/> ニオイがよく分からない	<input type="checkbox"/> 声が出しにくい
<input type="checkbox"/> 耳掃除希望	<input type="checkbox"/> 鼻血が出る(右・左)	<input type="checkbox"/> せきが出る
<input type="checkbox"/> 中耳炎が心配	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> たんが出る
日前から	日前から	日前から

解熱剤使用

※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。

※現在治療中の病気があれば記入 _____

※他院でお薬があれば記入

お薬手帳などお持ちの方は提出してください。

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

病名 _____

⑤ 女性の患者様へ

- *現在、妊娠している。 いいえ・はい(_____ 月) ・可能性がある
- *現在、授乳している。 いいえ・はい