

診察を円滑にするため全てご記載ください。個人情報保護法に基づき個人情報は診療以外に使用しません。

ふりがな		男	大・昭・平・令 年 月 日生	
お名前		女	年齢	才 職業
ご住所	〒 —	ご自宅の電話番号 — —		
		携帯電話番号 — —		
体重 ※お子様は必ずご記載下さい	kg	体温	℃	お薬手帳 あり ・ なし
処置の正式名称や保険点数などを記載した『明細書』はご希望されますか？⇒ はい ・ いいえ ※明細書は資源削減の観点から希望者のみに発行しております				
女性の方 妊娠していない ・ 妊娠している⇒ (妊娠 週目) ・ 現在授乳中				

① 本日はどのような症状、目的でご受診されましたか？

いつから ( ) ※おおよそでも大丈夫ですでお書きください
鼻 (両・右・左) (透明鼻汁 黄色鼻汁 鼻詰まり 痛い 鼻血 変な臭いがする 匂いが分からない)
耳 (両・右・左) (耳掃除希望 かゆい 痛い 聞こえが悪い 耳だれ 耳鳴「 」めまい)
喉 (両・右・左) (イガイガする 痛い 違和感 痰が絡む 咳 飲み込みづらい 息苦しい 声がれ)
その他(具体的にお書きください)
花粉症の方は欲しいものに○をしてください 内服薬・点鼻薬・点眼薬 (コンタクト使用 あり・なし) 処方希望の薬 ( ) ※ある方のみ

② 現在治療中の病気、過去に1度でも治療した病気、手術歴のある病気があれば○をしてください。  
 中耳炎 外耳炎 花粉症 アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎 扁桃炎 めまい 耳鳴 高血圧 喘息 糖尿病  
 アトピー性皮膚炎 鬱病 統合失調症 前立腺肥大 緑内障 肝炎(B型・C型) 腎臓病 心臓病 HIV  
 その他 ( )

③ 現在飲んでいるお薬はありますか？⇒ ない ・ ある ※お薬手帳を受付に預けた方は、薬名の記入は結構です  
 薬の名前 ( )  
 医療機関名 ( )

④ 花粉や食べ物などのアレルギー、または使用して具合が悪くなった薬があれば記入してください。  
 ない ・ ある ( )  
 キシロカインアレルギー (歯科などでの局所麻酔で体調不良) ない ・ ある

⑤ 喫煙 なし ・ あり (1日 本、 年間) 過去に喫煙あり ( 年前に禁煙)

⑥ (10歳以下のお子様の み)処方される薬の希望形状はありますか？ ※シロップは4歳までです  
 粉薬 シロップ チュアブル(嚙んで食べられる、口の中で溶けるもの) 錠剤 形状希望なし

⑦ 当院をお知りになったきっかけは何ですか？  
 ウェブサイトの検索(Google Yahoo! その他) 知人からの紹介 通りがかり 看板・広告

⑧ 駐車場の利用状況を調べるために、ご来院の交通手段を教えてください  
 自動車 電車 バス 自転車 徒歩 バイク 送迎