

# 【初めて・お久しぶりに】受診される方へ

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

生年月日： T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日（ \_\_\_\_\_ 才）

〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

携帯番号： \_\_\_\_\_

◆いつから、どんな症状でしょうか？あてはまるものに○をつけてください。

今朝・昨日・数日前・1週間前・2週間前・3週間前・1ヶ月前・半年前・1年以上前

西暦（ \_\_\_\_\_ ）年（ \_\_\_\_\_ ）月（ \_\_\_\_\_ ）日頃から

みみ（両・右・左）	はな	のど・くち
痛い・かゆい・耳あか・耳漏 聞こえにくい・耳鳴り 耳の詰まり感 めまい	鼻水（透明・黄色・白・ 緑） 鼻づまり・鼻血・いびき 臭いが分からない・かゆい 痛い・乾燥・くしゃみ	痛い・いがらっぽい・せき 痰がからむ・声枯れ・かゆい のど異物感・魚の骨・口内炎 口の中が渇く・味が分からない
その他の症状（ふらつき・発熱・頭痛・下痢・吐き気など）		お書きください。
体温 _____ °C		

◆現在、他の医院に通院していますか？ また現在、薬を服用していますか？

**お薬手帳やお薬の名前がわかる紙をお持ちの方は、受付でお見せ頂ければ記入なしでも結構です。**

**☆持っていない方は下記の医院・病名・薬の名前を必ずご記入ください。**

通院していない

薬は飲んでいない

通院中 医院（ \_\_\_\_\_ ）

病名（ \_\_\_\_\_ ）

薬の名前（ \_\_\_\_\_ ）

◆今までに薬を服用して異常のたことはありますか？ あれば、その薬の種類をお書きください。

ない

ある →薬の種類（ \_\_\_\_\_ ）

◆今までに大きな病気・けが・手術はありますか？

ない

ある いつ（ \_\_\_\_\_ ）病名（ \_\_\_\_\_ ）

◆女性の方のみご記入下さい。

妊娠中（ \_\_\_\_\_ 月）  妊娠疑い  授乳中  特にない

◆その他、ご希望があれば、お書きください。

※ご記入頂いた連絡先は、個人情報保護法に従い、当院からの連絡及び診療上必要な時以外は使用致しませんので、正確にご記入下さい。