

ふりがな		男 女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生
氏名			年齢	歳			
住所	〒 -						今日の 体温 ℃
電話	(自宅)	(携帯)					

該当する症状に チェックを付けてください。

①本日のお困りの症状に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを付けて 主要症状に○で 囲んでください。	耳 (右・左・両側)	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 耳だれ <input type="checkbox"/> 耳垢 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ふさがった感じ <input type="checkbox"/> ひびく <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> めまい
	鼻	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 (<input type="checkbox"/> 水っぽい <input type="checkbox"/> ねばねば <input type="checkbox"/> 色のついた) <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 鼻水がのどにおちる <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> アレルギーの検査
	口、のど、 舌、首	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 声がれ <input type="checkbox"/> のどが詰まる感じ <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 無呼吸
	その他	
②それはいつ頃から 始まりましたか？		
③現在他の病院に かかっていますか？ 内服はされていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」とお答えの方 病院名
		病名： <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> その他 ()
		現在服用中の薬 ※お薬手帳をお持ちの方はお見せください。
④耳鼻科を受診、治療 されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」とお答えの方 病院名： 病名：
⑤これまでに注射や薬で気分が 悪くなったり、アレルギーが 出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」とお答えの方 どんな症状ですか： 薬品・食物：
⑥かぜ薬や鼻炎の薬で眠たく なることがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 少し眠い <input type="checkbox"/> 大分眠い <input type="checkbox"/> 不明	
⑦女性の方にお尋ねします。 現在妊娠、授乳されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(妊娠 月) <input type="checkbox"/> 授乳中	
⑧ジェネリック薬品を希望 されますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	