

ふりがな		生 年 月 日		自宅及び携帯電話番号
氏 名		T・S	年 月 日生	自宅:
		H・R	男・女 歳	携帯:
現住所	〒			体温: 度

◆今日どのような症状でこられましたか(当てはまる所に○をつけて下さい)

鼻の症状: ・鼻水 ・鼻づまり ・くしゃみ ・汚い鼻水 ・鼻血
耳の症状: ・耳だれ(右・左・両方) ・耳が痛い(右・左・両方) ・聞こえが悪い(右・左・両方) ・耳がつまった感じ(右・左・両方) ・耳鳴(右・左・両方) ・めまい ・耳そうじ
のどの症状: ・咳 ・痰 ・声かすれ ・のどが痛い ・食べ物の通りが悪い ・飲み込むと痛い ・のどに何か出来た
その他症状: ・頭痛 ・首がはれた(痛い) ・外傷を受けた(鼻・顔・のど) ・口の中が痛い ・学校健診でひっかかった ・熱(度)⇒いつごろですか?() ・その他() ・花粉症 (アレルギー検査をしたことがありますか?) いいえ / はい(アレルギー項目: →花粉症などの原因がわかるアレルギー検査⇒ 希望する / 相談する →舌下免疫療法について相談したい⇒ いいえ / はい →レーザー治療について相談したい⇒ いいえ / はい

上記の症状はいつからですか?

()

◆現在服用中のお薬はありますか 薬手帳忘れ/シール貼っていない 当院処方薬

いいえ / はい...の方は薬名がわかるものをご提示ください。無い場合は、下記に薬名をご記入ください

薬名

◆女性の方のみ: 現在 ・妊娠中(ヶ月) ・授乳中(お子さんは ヶ月) ・妊娠可能性がある

◆薬により、体に異常のあったことがありますか

いいえ / はい(薬品名:

「はい」と答えた方はどんな症状がでましたか⇒()

◆現在治療中、もしくは以前かかった事のある病気はありますか?(手術や入院も含みます)

熱性けいれん ()	緑内障 ()	B・C型肝炎 ()
てんかん ()	前立腺肥大 ()	心臓病 ()
高血圧症 ()	喘息 ()	じんましん ()
糖尿病 ()	胃・十二指腸潰瘍 ()	

その他の病名()

◆お子様の方⇒希望の薬の剤型や服用回数がありますか

※また服用回数のご希望があれば○をしてください。

★お子様(中学生まで)の体重: kg

はい(粉薬 / シロップ / 錠剤) ※飲み方の回数(1日2回服用 / 1日3回服用)