

# 再 来 用

氏名:	年齢	才	
	体重(中学生以下):		kg
	体温		°C
現住所 ※変更ある の方のみ		携帯:	
★女性の方のみ: 現在 妊娠中(      ヶ月) ・授乳中(お子さんは      ヶ月) ・妊娠の可能性がある			

※記入漏れが多いため、必ず全てご回答ください

## ①今日は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      ・花粉症
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?(      ) ・上記以外の症状(      ) ・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

## ②症状はいつからですか

(      月      日 ~      日間 )

## ③他の病院で処方されているお薬はありますか

いいえ / はい・・・お薬手帳を提出してください。スマホで管理している方は診察時に画面を見せてください。

お薬手帳忘れ、シールを貼っていない方

⇒薬名を記入してください(      )

## ④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(薬名:      )

「はい」と答えた方はどんな症状がでましたか⇒(      )

## ⑤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)

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

その他の病名(      )

## ⑥お子様の方⇒希望の薬の剤型や服用回数はありますか

※また服用回数のご希望があれば○をしてください。

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)