再　来　用

氏名：	年齢　　才 体温　　℃
現住所　〒	携帯：

◆今日はどのような症状でこられましたか（当てはまる所に〇をつけて下さい）

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）　・妊娠の可能性がある方

◆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⇒（　　）

◆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はありますか

※また服用回数のご希望があれば〇をしてください。　　★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）