

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
海外渡航について	・2週間以内に海外への渡航・居住はありますか? いいえ / はい 『はい』の方⇒帰国後、咳や発熱はありますか? いいえ / はい		体重(中学生以下): kg
★女性の方のみ: 現在 ・妊娠中( 月) ・授乳中(お子さんは 月) ・妊娠の可能性のある方			

※記入漏れが多いため、必ず全てご回答ください

①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 ・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。

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)