



フリガナ 名前	男 ・ 女	身長	cm	体重	kg
生年月日	T・S・H	年	月	日	(才)
住所	電話番号				


いつ頃から具合が悪いですか？

[]日前から []ヶ月前から []年前から

いちばん困っている症状はなんですか？

 耳	痛い[右・左]	かゆみ[右・左]	耳鳴り[右・左]	めまい
	耳だれ[右・左]	聴こえが悪い[右・左]	耳下の腫れ	耳あか
	異物を入れた	補聴器外来を希望		

 鼻	鼻水	鼻づまり	くしゃみ	鼻血	においがわからない	異物を入れた
	アレルギー性鼻炎 花粉症 急性副鼻腔炎					

 喉	痛い	咳	痰	違和感	声かれ	魚の骨が刺さった	異物を飲み込んだ
	口が乾く 口内炎 味がわからない						

その他	熱がある	℃	頭痛がする	体がだるい	関節が痛い
	周囲で流行している感染症がある				

上記症状に当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。

詳しい検査を希望しない場合はをしてください。

詳しい検査を希望しません。

検査不要であることを必ず医師にお申し出ください。

ある ・ ない もしくは 該当するものに○をつけ、詳細をご記入ください。

耳鼻科以外で治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 心臓病 糖尿病 肝炎 前立腺 腎臓病 緑内障 喘息 胃潰瘍
アトピー性皮膚炎 その他

過去に治療をした病気はありますか？ ある ・ ない

アレルギー性鼻炎 急性副鼻腔炎(蓄膿症) めまい症 メニエール病 難聴
扁桃炎 その他

現在服用しているお薬はありますか？ ある ・ ない

お薬の名前がわかる方はご記入ください。

今までにお薬を服用して具合が悪くなったことがありますか？

ある	薬剤名	ない
	症状	

食べ物のアレルギーはありますか？

ある	食品名	ない
	症状	

妊娠していますか？

現在 週 ・ 妊娠している可能性がある ・ いいえ

授乳中ですか？

はい ・ いいえ

当院をなにで知りましたか？

電柱看板 ・ 駅看板 ・ インターネット

家族の紹介 ・ 知人友人の紹介 ・ 他院からの紹介 ・ その他