ふりがな		生年月日		性別
名前		明・大・昭・平　　年　　月　　日		男・女
住所	〒			
携帯番号		電話番号		

年齢　　才 ・ 身長　　cm 体重　　kg

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？当てはまる箇所を〇で囲んでください

左/右耳が痛い ・ 左/右耳がかゆい ・ 左/右聞こえが悪い ・ 左/右耳鳴り ・ 左/右耳だれ

鼻水 ・ 鼻つまり ・ 鼻血 ・ くしゃみ ・ のどが痛い ・ 咳が出る ・ 喉の異物感 ・ 発熱（　　℃）

呼吸が苦しい ・ めまい ・ いびき ・ 声がれ ・ 匂いがしない ・ 耳そうじ希望 ・ **禁煙外来**

その他（　　）

2. 上記の症状はいつ頃からですか？　（　　）

3. 上記症状でお薬を飲んだり、ほかの病院で診察を受けましたか？

はい ・ いいえ

はいとお答えの方は具体的にお書き下さい.例）〇〇医院で胃薬をもらった。

（　　）

4. 現在、下記のような持病はございますか？当てはまる箇所を〇で囲んでください。

なし　　高血圧 ・ 糖尿病 ・ 気管支喘息 ・ 高脂血症 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大

その他（　　）

5. 現在、定期的に内服しているお薬はありますか？

はい ・ いいえ

はいとお答えの方は具体的に記入してください。

（　　）

6. 今までに薬を飲んで、気分が悪くなったり・発疹がでたりした事はありますか？

はい ・ いいえ

はいとお答えの方は具体的に記入してください。

（　　）

7. 今まで大きな病気にかかったり、手術をしたことはありますか？

はい ・ いいえ

はいとお答えの方は具体的に記入してください。

（　　）

8. 嗜好品についてお伺いします。

たばこは吸いますか？　　はい（　本／日　　年間）　・　　いいえ

はいとお答えの方は禁煙に興味ありますか？　　はい　・　いいえ

お酒は飲みますか？　　はい（何を？　　どの位？　　）・ いいえ

9. 女性の方にお伺いします。

①現在妊娠されていますか？またはその可能性はありますか？

はい ・ いいえ

②現在、授乳されていますか？

はい ・ いいえ

10. 3歳未満のお子様にお伺いします。保育園に登園していますか？　　はい　・　いいえ

ご協力ありがとうございました。　　**森本耳鼻咽喉科**