

# 新船橋耳鼻咽喉科を受診される方へ

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ kg (15歳未満のかたのみで結構です)

◆今日はどこが悪くて受診されましたか？ (○をつけて下さい)

・ 耳：(右・左・両方)

[痛い、かゆい、耳だれ、聞こえにくい、ふさがった感じ、耳鳴り、めまい、耳あか]

・ 鼻：[くしゃみ、鼻水、鼻づまり、かゆい、鼻水がのどにまわる、鼻血 (右・左・両方)、  
においがわからない、鼻が臭い]

・ のど：[痛い、咳が出る (時々・日中・夜)、痰がからむ、かわく、つまる、声がかすれる、  
痰に血が混じる、いびきをかく、いつも口を開いている、睡眠中呼吸が止まる]

・ 下痢はしていますか？ (はい・いいえ)

・ 熱はありますか？ (無・有) \_\_\_\_\_ °C

・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆それはいつごろからですか？ \_\_\_\_\_ 頃から

前回とお変わりなければ以下の記入は不要です ・ 変わりなし

◆今までに下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？ (○をつけて下さい)

高血圧、心臓病、肝臓病 [肝炎 (B・C)]、糖尿病、アトピー性皮膚炎、喘息、甲状腺疾患

その他 ( \_\_\_\_\_ ) ・ なし

◆過去に手術を受けたことがありますか？ (いつごろ、どのような手術を受けられましたか？)

(無・有 \_\_\_\_\_)

◆2週間以内に飲んでいるお薬はありますか？ ・ なし お薬手帳 あり・なし

(病院、医院名) \_\_\_\_\_ ※お薬手帳、処方箋がありましたらお出しください

(お薬) \_\_\_\_\_

◆お薬で副作用はありますか？ (無・有 \_\_\_\_\_)

◆妊娠中ですか？ はい (妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ いいえ ・ 分からない

◆授乳中ですか？ はい (お子様の月齢 \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ いいえ

◆タバコは吸いますか？ (吸わない・吸う \_\_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_\_ 年間) [成人の方のみ]

その他 (診療、治療に関するご希望がありましたらお書きください)

ご協力ありがとうございました。