

ふりがな 氏名	_____	生年	明治	大正	昭和	平成
		月日	年	月	日生	歳
住所	〒 _____	身長 _____ cm		体重 _____ kg		
		電話	(自宅) _____ (携帯) _____			

☆今日はどうされましたか？ あてはまるものに○を付けてください

耳 痛い・かゆい・耳だれ・耳鳴・つまる・きこえにくい・響く・耳あか・
 (右・左) その他(_____)

のど 痛い・せき・たん・声が出にくい・つまる・その他(_____)

鼻 鼻水(透明・白・黄色)・鼻づまり・くしゃみ・鼻血・かゆい・においがしない・
 その他(_____)

その他 めまい・首の腫れ、違和感・口、舌の異常・いびき・発熱・その他(_____)

☆それはいつからですか？また、上記症状を詳しく教えてください

いつから: _____ 日前から

症状: _____

☆薬で副作用が出たことがありますか？

ない ・ ある 薬の名前: _____ 症状: _____

☆今までにかかった病気や手術をしたことがありますか？

蕁麻疹・喘息・心臓病・肝臓病・糖尿病・高血圧・その他(_____)

現在治療中の病気 ない ・ ある(_____)

現在服用中の薬 ない ・ ある(_____)

☆生活習慣について

タバコ 吸わない ・ 吸う (_____ 本/日) ・ 以前吸っていた (_____ 本/日 _____ 年前より禁煙)

お酒 飲まない ・ 飲む (_____ ml/日)

☆女性の方にお伺いします。現在妊娠していますか？

妊娠していない ・ している (_____ ヶ月) ・ 可能性あり ・ 授乳中

☆当院をどのようにお知りになりましたか？

看板 ・ インターネット ・ 口コミ ・ 他院紹介 ・ 大和高田市立病院 ・ 奈良医大
 家族来院 ・ 近所に住んでいる ・ その他 (_____)