

## 亀戸耳鼻咽喉科を受診される方へ

フリガナ	
お名前	( )歳
ご住所	〒 変更なし
電話番号	( ) 変更なし
体重	Kg (大人の方もご記入ください)

こんにちは。今日はどこが悪くて受診されましたか？

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、鳴る、めまい、耳垢]

鼻：[くしゃみ、鼻水、鼻づまり(右、左、両方)、かゆい、鼻がのどにまとわり、  
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、痰がからむ、かわく、つまる、声がかすれる、痰に血が混じる、  
食事ができない・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]

現在熱はありますか：(無・有 \_\_\_\_\_℃)

その他：( )

- ・それはいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 頃から
- ・手術をご希望ですか？ [はい]
- ・高血圧、心臓病、肝臓病[肝炎(B・C)]、HIV、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息、緑内障、甲状腺の病気、などにかかったことがありますか？(○をおつけください。)[特になし]
- ・過去、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・前回と同じ・有 \_\_\_\_\_)
- ・現在飲んでいるお薬がありましたら書いてください。[特になし]  
お薬手帳、処方箋がありましたらお出してください。  
(病院、医院名) \_\_\_\_\_  
(お薬) \_\_\_\_\_  
[シロップ・こな・錠剤](服用可能な形状に○、難しい形状に×をお付けください。)
- ・お薬で副作用がでたことがありますか？ [無・有(お薬名) \_\_\_\_\_ (副作用) \_\_\_\_\_ ]
- ・使用できない薬剤はありますか？ [無、ヨード、キシロカイン、ステロイド、その他( ) \_\_\_\_\_ ]
- ・卵アレルギーがありますか？ (無・有)
- ・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)
- ・妊娠中ですか？またその可能性はありますか？ [いいえ・はい \_\_\_\_\_ ヶ月](女性の方のみ)
- ・授乳中ですか？ [いいえ・はい](女性の方のみ)
- ・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。)

スタッフ記入欄
・情あり
・情なし

記入しましたら、受付へお渡しください。ご協力ありがとうございました。