

お名前	フリガナ	昭・平・令	年	月	日生	歳
		※14歳以下の方 体重	kg	体温	°C	
ご住所	〒	携帯電話	-	-		
		固定電話	-	-		

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ 【 はい ・ いいえ 】

あてはまる症状に○をつけてください。

耳・めまい	鼻	のど
・ かゆい・痛い (右・左・両方)	・ 鼻水 (透明・汚い) (右・左・両方)	・ 痛い・イガイガする
・ 聞こえにくい (右・左・両方)	・ 鼻づまり (右・左・両方・不明)	・ 咳がでる
・ つまっている (右・左・両方)	・ くしゃみ	・ 痰がでる
・ 耳鳴りがする (右・左・両方)	・ 目がかゆい	・ 飲み込みにくい
・ 耳だれ (右・左・両方)	・ 鼻血 (右・左・両方)	・ つまった感じ
・ 耳あか (右・左・両方)	・ においが(分からない・分かりにくい)	・ 味が分かりにくい
・ 回転するめまい	・ 鼻水がのどに流れる 後鼻漏	・ 首が (腫れている・痛い)
・ ふらふらするめまい	・ (鼻・ほっぺ・おでこ)が痛い (右・左・両方)	・ 腫瘍が無いかが心配

- ・ 上の症状はいつからですか？ 今日から ・ () 日前 ・ () 週間前 ・ () か月前 ・ () 年前
- ・ 上の症状で他の病院を受診されましたか？ いいえ ・ はい → 病院名

- ・ 今までかかった病気や治療中の病気はありますか？
いいえ ・ はい → 喘息 ・ 糖尿病 ・ 前立腺肥大 ・ 高血圧 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 胃潰瘍 ・ 心臓病 ・ 腎臓病
緑内障 ・ その他 ()

- ・ 薬や食べ物、注射でじんましんやショックなどのアレルギーが出たことがありますか？
いいえ ・ はい → 痛み止め ・ 熱さまし ・ 抗生剤 ・ ピリン系薬剤 ・ 麻酔の注射 ・ その他 ()

- ・ 飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は診察時にお見せください。
いいえ ・ はい → 高血圧薬 ・ 血をサラサラにする薬 ・ 糖尿病薬 ・ 前立腺肥大の薬 ・ その他 ()

- ・ 嗜好品について お酒を飲みますか？ 飲まない ・ やめた ・ 時々飲む ・ 毎日飲む
たばこを吸いますか？ 吸わない ・ やめた ・ 吸う

- ・ お薬の剤形希望はありますか？ いいえ ・ はい → 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ

- ・ 女性の方 妊娠していますか？ いいえ ・ はい → () 週 ・ 可能性がある ・ わからない
授乳していますか？ いいえ ・ はい

- ・ その他の症状・伝えたいことがあればお書きください。