

ふりがな		年齢	男	大正・昭和・平成・令和	世帯主（被保険者）との続柄
お名前			女	年 月 日 生まれ	
ご住所	〒	市・郡・区		固定電話	
				携帯電話	

小児は体重をご記入ください（ kg）

1、どうされましたか？（丸〇を付けて下さい、複数可、最もひどい症状は◎）

**耳**

どちらが⇒ 右 ・ 左 ・ 両側  
 痛い・かゆい・耳だれ・聞こえが悪い・耳鳴り・つまった感じ・自分の声がひびく・湿疹  
 その他→ \_\_\_\_\_

**鼻**

鼻汁がでる（水はな・ねばねば・どろどろ・悪臭）・鼻づまり・鼻汁がのどに流れる・鼻が痛い  
 くしゃみ・鼻がかゆい・しっしん・においが感じない（弱い）・鼻がくさく感じる・鼻血  
 その他→ \_\_\_\_\_

**のど**  
 ・  
**口**

のどが痛い・扁桃腺が（痛い・はれてる）・口（舌・粘膜）が痛い・口（舌・粘膜）にできもの  
 声がかすれる・でない）・のどがつまる感じ・いがらっぽい・飲み込めない・味がしない  
 せき・たん・ゼーゼーする・息苦しい・その他→ \_\_\_\_\_

**めまい**

ぐるぐるまわる（寝る時・起床時・頭を動かす）・ふわふわする（立つ時・歩く時）・吐気・頭痛  
 手足のしびれ・頭の検査をしたことがある（いつ ところで CT・MRI・不明）

**その他**

目がかゆい・首が（はれた・痛い）・顔が（はれた・痛い）・頭痛  
 上記以外の症状→ \_\_\_\_\_

2、いつからですか？（ 日・週・月前から）（ 年前にも同様の症状があった）

3、今までに病気をされたことはありますか？（ある ・ なし）  
 ある場合→アトピー・喘息・じんましん・高血圧・糖尿・肝・腎疾患・肺炎・結核・（ ）がん  
 心疾患（ ）・血が止まりにくい病・てんかん・けいれん（最後は 歳頃）  
 その他→ \_\_\_\_\_

4、今までに薬を飲んで異常が起きたことはありますか？（ある ・ なし）  
 ある場合→ \_\_\_\_\_

5、食べ物（果物）や金属のアレルギーはありますか？（ある ・ なし）  
 具体的に→ \_\_\_\_\_、アナフィラキシーの経験は（ある・なし）

6、今までに手術を受けたことはありますか？（耳鼻科以外も）（ある ・ なし）  
 ある場合→ちくのう・鼻づまり・耳（鼓膜切開を含む）・扁桃腺・その他 \_\_\_\_\_

7、現在治療中の病気を教えて下さい、薬は服用中ですか？（病名 ）  
 （薬の名前 ）  
 （医療機関 ）

8、女性の方にお聞きします（妊娠・授乳について） 授乳中ですか？（ ヶ月の乳児）  
 妊娠の可能性や妊娠の治療は？（あり・なし・不明）医療機関・週数（ ・ 週）  
 授乳や妊娠での服薬希望はありますか？（あり・なし）医療機関に相談はされていますか？（あり・なし）

9、薬を飲むと（市販の風邪薬など）眠くなりやすいですか？（あり ・ なし）

10、花粉症の方にお聞きします 具体的に希望の治療はありますか？（あり・なし）  
 具体的な治療法は（内服薬 点鼻 点眼 レーザー治療  
 舌下免疫療法・その他 ）  
 車を運転されますか？（仕事・通勤・時々・なし）  
 （効果が弱くても副作用の少ない薬・少し眠くなるが効果の強い薬）どちらが良いと思いますか？

11、全ての診療に対してご希望・ご要望などありましたら遠慮なくお書きください

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_