新宿曙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 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・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、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［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、手術をう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ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　スタッフ記入欄（病院、医院名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・情あり（お薬）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ・情なし［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。） |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。 |
|  |  |