

# 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 (大人の方もご記入下さい)

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) \_\_\_\_\_

スタッフ記入欄

・情あり

・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、受付へお渡してください。ご協力ありがとうございました。