

# みさと中央耳鼻咽喉科を受診される方へ

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ (      歳) 男・女  
ご住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
体重 \_\_\_\_\_ kg (15歳未満の方のみで結構です。)

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、耳あか]

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、声がかずれる、痰に血が混じる、

食事ができない（水分とれる、とれない）、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]

熱：(無・有) \_\_\_\_\_ °C

その他：( )

それはいつごろからですか？ \_\_\_\_\_ 頃から

高血圧、心臓病、肝臓病[肝炎（B・C）]、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息、  
アレルギー性鼻炎などにかかったことがありますか？（○をお付けください。）・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・有) \_\_\_\_\_ )

現在飲んでいるお薬がありましたらお薬手帳、又は処方箋をお出しください。・特になし  
お薬手帳がない方はこちらにお書きください。

(病院、医院名) \_\_\_\_\_

(お薬) \_\_\_\_\_

お薬で副作用がでたことがありますか？(無・有) \_\_\_\_\_ )

アレルギーがありますか？(卵アレルギーなど) (無・有) \_\_\_\_\_ )

タバコは吸いますか？[吸わない、吸う 本/日、 年間] (成年の方のみ)

妊娠中ですか？またその可能性がありますか？[いいえ・はい ケ月] (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。）

ご協力ありがとうございました。