

ひさしぶりに来院された方へ

令和 年 月 日

ふりがな

生年月日

お名前 _____ 男・女 大・昭・平・令 年 月 日

ご住所（変更なければ不要です）

_____ ☎
_____ () _____

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください

1. どうなさいましたか？

耳

どちらが？→ 右・左・両側

痛い かゆい 耳なり 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ 耳あか
自分の声がひびく その他 _____

鼻

鼻づまり 鼻汁が出る（どろどろしたもの、水ばな） 鼻汁がのどにながれる 鼻血
においがしない くしゃみ 鼻がくさい 痛い かゆい
その他 _____

口・のど

痛い つまった感じ せき たん 声がかれる いがらっぽい 乾く
痰に血が混じる 味がわからない その他 _____

その他

発熱 めまい ふらつき 頭痛 顔がはれた くびのはれ くびがいたい
アレルギー検査希望 その他 _____

2. いつごろからですか？ (日・ヶ月・年 前から)

3. 前回受診以降にかかった病気はありますか？

ない

ある→どんな病気ですか？ _____

4. 今までに薬を飲んで異常が起きたことがありましたか？

ない ある→どんな薬ですか？ _____

5. ほかに食べ物等のアレルギーはありますか？

ない ある→どんな物ですか？ _____

6. 女性の方にうかがいます

現在妊娠していますか？ いいえ はい (月)

現在授乳中ですか？ いいえ はい

いただいた情報は診療以外に利用することはありません。

黒木耳鼻咽喉科医院