

ふりがな		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	体温	℃
お名前			15歳未満の方は体重を ご記入ください。					kg
ご住所	〒			電話番号				
				緊急連絡先			続柄 ( )	

本日の症状にチェックを付けて下さい。			いつからですか？			いつからですか？				
耳	耳が痛い	右			耳がふさがった感じ	右				
		左				左				
	耳が聞こえない	右			耳の中がかゆい	右				
		左				左				
	補聴器は使用されていますか？ いいえ はい →どちらでつくりましたか？					耳・耳の下が腫れた	右			
							左			
耳だれ	右				耳かすがたまった	右				
	左					左				
耳鳴り	右					右				
	左					左				
鼻	鼻がつまる	右			鼻がかわく	右				
		左				鼻が痛む			左	
		左右交代				くしゃみが多く出る				
	鼻水が多い	膿のような				鼻の入り口がはれた	右			
		ねばねばした					鼻声			左
		水のような					鼻血			何分程で止まりますか？
	鼻ののどへ下る									
鼻がくさい										
においがわからない					いびき					
咽頭・口腔	のどが痛い					言葉がうまく話せない				
	つかえて飲み込めない					たんが多く出る				
	へんとう腺が腫れて痛む					のどから血が出る				
	へんとう腺が大きい					食べ物がつかえる				
	せきがでる					食べ物ではないものを飲み込んだ				
	声がかれた					のどに何かつかえた感じがする				
	息が苦しい					口の中があれた				
その他	熱が出た (高い時) _____℃					吐き気				
	頭に痛い					首にしこりができた				
	めまい					肩がこる				
						眠れない				
					記憶力・注意力減退					

<その他、症状について気づいたことを記入してください。>

今までにかかった病気はありますか？ (○をつけて下さい。)	中耳炎	へんとう腺炎	蓄のう症	アレルギー性鼻炎	ぜんそく	結核	梅毒	血友病
	心臓にペースメーカー	高血圧	腎臓病	透析中	肝炎 肝硬変	糖尿病	緑内障	おたふくかぜ
	その他							
現在通院中ですか？	病(医)院名				病名			
現在服用中の薬はありますか？ (○をつけて下さい。)	かぜ薬	ぜんそく薬	高血圧薬	心臓病薬	消化薬	痛み止め	その他	
※手帳をお忘れの方は分かる範囲で薬の名前を記入してください。								
今までに薬や注射で異常を起こしたことがありますか？ (○をつけてください。)	薬品名 ※お名前がわからない場合はどんな用途のお薬かお書きください(例:風邪薬、解熱剤など)							
	どんな症状が出ましたか？							
今まで耳鼻科関連の手術を受けたことはありますか？	滲出性中耳炎チューブ挿入	慢性中耳炎	蓄のう症	鼻たけまたは肥厚性鼻炎	鼻中隔	へんとう腺	アデノイド	
	( 年前)	( 年前)	( 年前)	( 年前)	( 年前)	( 年前)	( 年前)	
その他今までに受けた手術と時期を記入してください。								
アレルギー体質調査 (アレルギー性鼻炎、喘息、湿疹の出やすい方はご記入ください。)								
①せき、くしゃみ、湿疹が出やすいのはいつですか？ ( 月)ごろ ・ 一年中 ・ 冬								
②食事によって頭痛になったりじんましんがでますか？ いいえ ・ はい(食物名: )								
③今までアレルギー検査を受けて反応が出たことはありますか？ いいえ ・ はい ＜ハウスダスト ・ ダニ ・ スギ ・ カモガヤ ・ ヒメガマ ・ ブタクサ ・ カビ ・ その他( )＞								
●検査方法 <皮内反応 ・ 血清検査 ・ その他>								
●現在まで行った治療<体質改善の注射・内服薬・点鼻液・スプレー・その他( )＞								
④ご家族にアレルギー体質の人はいますか？ いいえ ・ はい								
<女性の方へ>	現在、妊娠されていますか？	いいえ ・ わからない ・ はい( 週目)						
	現在、授乳中ですか？	いいえ ・ わからない ・ はい( 回/日 お子さん 才 ヶ月)						