

耳鼻科

年 月 日 ID

ふりがな

氏名

様 男
女大 昭
平 令

年

月

日生

才

住所 〒

電話番号

携帯電話番号

山本医院を受診したことがありますか？

ある (内科・耳鼻科 年 月ごろ) ない

身長

cm

体温

℃

体重

kg

1) おもにどこをみてほしいですか

耳 鼻 のど めまい その他

どのような症状が、いつ頃からはじまりましたか

2) こちらに来られるまで他の医院にかかっておられましたか

はい→

医院・病院

いいえ

3) 現在かかっている病気や、飲んでいるお薬はありますか

・ある→ 高血圧 心臓病 肝臓病 糖尿病 高脂血症 胃腸病 血液病
ぜんそく 結核 腎臓病 前立腺肥大 神経症 緑内障
その他

・ない

4) これまでに大きな病気にかかったり、手術をうけたことがありますか

・ある→

・ない

5) 家族で大きな病気にかかったり、手術をうけた人がいますか

・ある→

・ない

6) 薬、注射や食事などで気分が悪くなったり、じんま疹（アレルギー）が出たことがありますか

・ある→ 原因は

・ない

7) たばこを吸いますか

・吸う→ 量は

・吸わない

8) お酒を飲みますか

・のむ→ 量は

のまない

9) (女性の方のみお答えください) 現在、妊娠や授乳をしていますか

・している

・していない ・わからない

10) (小学生以下の方のみ) これまでにかった病気に○をつけて下さい

麻しん 風しん 水ぼうそう おたふく 百日咳

突発性発疹 溶連菌感染 熱性けいれん ぜんそく

ご協力ありがとうございました