

フリガナ		男	(歳)		
氏名	様	女	大・昭・平・令	年	月 日
住所	(〒 -)				
携帯番号	-	-	身長	cm	体重 kg
自宅	-	-			体温 °C

※あてはまる症状に○をつけてください。

耳

【いつ頃から】(右・左・両方)
 ①聞こえにくい ②痛い ③耳だれ ④かゆい ⑤耳鳴り ⑥つまった感じ
 ⑦耳あか ⑧異物が入った ⑨自分の声が響く ⑩その他 ()

鼻

【いつ頃から】(右・左・両方)
 ①つまる ②黄鼻・水鼻 ③くしゃみ ④鼻血 ⑤痛い ⑥かゆい
 ⑦鼻水がのどに落ちる ⑧ニオイがわかりにくい ⑨異物が入った
 ⑩花粉症・眼がかゆい ⑪その他 ()

のど
口

【いつ頃から】(右・左・両方)
 ①(のど・口の中・舌)が痛い ②せき ③痰がからむ ④声がかれる
 ⑤飲み込むと痛い ⑥のどに違和感 ⑦ガンが心配 ⑧のどに異物がつまった
 ⑨その他 ()

くび
顔

【いつ頃から】(右・左・両方)
 ①首に腫れ物がある ②ほほが痛い ③ほほが腫れている ④甲状腺について
 ⑤耳の下が腫れている ⑥アゴの下が腫れている ⑦顔面のゆがみ
 ⑧その他 ()

めまい

【いつ頃から】
 ①ぐるぐる回る ②体がふわふわ浮いた感じがする ③その他 ()

いびき

【いつ頃から】

その他

【いつ頃から】(右・左・両方)
 症状

(悩み相談も)

●今までに下記の病気にかかった事がありますか？

ある (喘息・高血圧・心臓病・糖尿病・緑内障
 前立腺肥大・てんかん・その他 ()) ・ ない

●又、現在上記病名を治療中ですか？ → はい ・ いいえ

●現在、お薬を飲んでいますか？ ※お薬手帳をお出し下さい

はい (薬の名前：) ・ いいえ

●お薬や食べ物で気分が悪くなったり、アレルギーやじんましんが出たことがありますか？

ある (薬の名前や食べ物の種類：) ・ ない

●女性の方へ 現在、妊娠あるいはその可能性はありますか？ 授乳中ですか？

ある (ヶ月) ・ 可能性あり ・ 授乳中 ・ ない

●ご家族の方で、どなたか受診された事がありますか？ → はい (名前：) ・ いいえ)

●たかやす耳鼻科に受診されたことのある方は必ず回答をお願いします

以前の診療情報(カルテ)内容開示に同意しますか？ はい いいえ

カルテNo _____