

# はじめて診療を受けられる方へ

あなたの診療、治療上に必要なことですので  
下記の必要な項目に○印をつけてから御署名下さい。

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日

電話： (            )            —            年齢：            才            体重：            kg

住所： \_\_\_\_\_

## ■今日はどこの具合が悪くて受診されましたか？

- 1) 耳                      聴こえにくい、耳鳴りがする、耳だれがでる、耳が痛い、  
耳がかゆい、耳がつまった感じ、自分の声がこもる、耳垢
- 2) めまい                      ぐるぐる回る、ふらふらする、ふわふわする、吐き気がある、  
頭が痛い、肩がこりやすい
- 3) 鼻                          鼻汁（みずばな、濃い）、鼻づまり、くしゃみ、鼻出血、
- 4) のど                        鼻が臭い、臭いが判らない、頬が腫れている、頬が痛い、  
のどのが痛い、咳がでる、発熱、声がれ、食事が通りにくい、  
お茶を飲むとむせる、いがいがする、のどがつまった感じ、  
舌が痛い、口内炎、味が判りにくい、口が開きにくい  
その他

## ■食べ物や薬で蕁麻疹が出たり、下痢をしたり気分が悪くなったことはありませんか？

- 薬                      抗生物質（                      ） 風邪薬                      ピリン剤  
炎症止め
- 食べ物                      卵、牛乳、小麦、そば、果物、海老蟹類、青身魚などのアレルギー  
その他

## ■今までかかった、あるいは現在かかっている病気はありませんか？

- 糖尿病、高血圧、心臓病、脳梗塞、結核、癌  
その他

## ■耳鼻咽喉科の病気にかかったことがありますか？

- 中耳炎、蓄膿症、アレルギー性鼻炎、扁桃炎、めまい症  
その他

## ■授乳中、妊娠中の方は必ずお申し出下さい。

## ■その他異常なことがある方はお申し出下さい。

平成            年            月            日

患者または保護者のお名前