

# はじめて診療を受けられる方へ

あなたの診療、治療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 \_\_\_\_\_