

氏名	才	熱はありますか？ いいえ・はい	体重(15歳以下のお子さま) kg
----	---	--------------------	----------------------

本日はどのような症状で来院されましたか？ 当てはまる症状に○をつけて下さい。 T・DS・Sy

耳		鼻	
痛み (右 左)	耳掃除希望(右 左)	鼻水( 緑 黄 白 透明 )	くしゃみ
かゆみ(右 左)	つまる感じ(右 左)	鼻がつまる	かゆみ
難聴 (右 左)	耳の下の腫れ(右 左)	鼻水が喉に落ちる	痛み(右 左)
耳だれ(右 左) → 何色ですか？( 黄 透明 わからない )		変なおいがする	においが分からない
耳鳴り(右 左) → 高い音 ・ 低い音		異物(右 左)	目のかゆみ
出血 (右 左)		出血(右 左)	頭痛
発症日：		発症日：	
めまい		喉・感冒	
ぐるぐる回る	ふらつき	痛み	腫れている
立ちくらみ	吐き気	咳( かわいた咳 ・ 痰の絡んだ咳 )	
(1)めまいは初めてですか？ いいえ・はい		痰( 緑 黄 白 透明 )	喉のつまり
(2)頭を動かして辛い向きはありますか？ 上向き 下向き 左向き 右向き わからない		声がかれている	異物感・圧迫感
(3)体の痺れはありますか？ いいえ・はい		喉のかゆみ	胃酸が逆流する
		倦怠感	悪寒 関節痛
発症日：		発症日：	

その他

★使用中のお薬はありますか？ いいえ ・ はい

★女性の方のみ

現在、妊娠中ですか？ いいえ ・ はい 週

現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい

※お薬手帳をお持ちの方は、受付までご提出ください。

●ご住所・お電話番号の変更がある方は受付までお申し出ください。