

ふりがな _____		T・S・H・R 年 月 日 (歳)	
お名前 _____ (男・女)		生年月日 _____	
住所 〒 _____		(携帯)	
		(自宅)	
※15歳以下の方		くすり【・粉 ・シロップ ・錠剤 ・カプセル】希望 _____ 体重 _____ kg	

昨日、本日に発熱はありますか？ いいえ はい (_____ °C)

本日はどのような症状で受診されますか？

●耳の症状 : _____ 右耳 _____ 左耳 _____ 両方の耳 _____

いつから

- 痛む ●かゆみ ●耳だれがでる ●ふさがった感じ ●聞こえが悪い ●耳そうじ ●耳鳴り
●めまい(ぐるぐる ふわふわ)

●鼻の症状 : ●鼻水(水のようにねばねば 膿のように) ●鼻閉 ●痛む ●くしゃみ ●鼻血(右 左)

いつから

- においがわからない ●ほほが痛い(右 左)

●のどの症状 : ●痛む ●違和感 ●のみこみにくい ●声がかれる ●咳 ●たん ●口内炎 ●舌が痛い

いつから

- 味がわからない

●全身症状 : ●体がだるい ●気分がわるい ●いびき ●吐き気 ●頭痛 ●頭が重い ●目のかゆみ

その他 :

(_____)

すでに他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ はい (いつ :

どこの病院 :

今までにかかった病気があれば、教えてください。

・熱性けいれん ・糖尿病 ・高血圧 ・前立腺肥大 ・ぜんそく ・小児ぜんそく

・アレルギー性鼻炎(花粉症を含む) ・食物アレルギー (_____)

・アトピー ・緑内障 ・その他 (_____)

・手術 (_____)

飲んでいるお薬があれば教えてください。(お薬手帳がありましたらご提示をお願いします。)

ない ある (_____)

今までに薬や注射や点滴や麻酔などで体に異常がおきたことはありますか？

ない ある (薬の名前 :

症状 :

下記の検査・治療・相談はございますか？

○アレルギー検査

・View39(精密検査:39項目、採血で約1週間で判定)

はい

いいえ

・イムノキャップ(簡易検査:8項目、指先採血20分で判定)

はい

いいえ

○アレルギー性鼻炎の舌下免疫療法

・シダキュア(スギのアレルギーをお持ちの方が治療できます)

はい

いいえ

・ミティキュア(ダニのアレルギーをお持ちの方が治療できます)

はい

いいえ

○睡眠時無呼吸の検査・治療

はい

いいえ

○鼻レーザー治療

はい

いいえ

○補聴器相談

はい

いいえ

タバコは吸いますか？

・いいえ ・はい (1日 本 年間) ・以前吸っていた (1日 本 年間)

女性の方

・現在、妊娠していますか？またはその可能性がありますか？

いいえ はい(予定日 :

年

月

日)

・現在、授乳中ですか？ いいえ はい

当院をお知りになったきっかけは？(複数回答可)

①家族から聞いて(_____ 様が通っているから) ②知人 (_____)様から聞いて

③他の医療機関から聞いて ④近所・通りがかり ⑤看板を見て ⑥Instagram ⑦Facebook

⑧当院のホームページ(あてはまるものに○をつけてください: パソコン スマートフォン)

⑨その他WEBサイト(ユビーAI受診相談・Doctors file・EPARK Doctor・その他)