

診察日 令和 年 月 日

初めて診察を受けられる方は診察の際必要なので以下について御記入下さい

フリガナ	
おなまえ	明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)
おところ	電 話

どこがおわるいのか あてはまる所に○印をおつけ下さい

耳	鼻	のど
耳がいたい (右・左)	鼻がつまる	のどがいたい
耳だれがでる (右・左)	鼻がよくでる	のどがつまる
聞えにくい (右・左)	くしゃみが多い	咳がでる
耳がつまる (右・左)	頭が痛い (重い)	口の中がいたい
めまいがする	匂がよくわからない	舌があれている
耳鳴がある (右・左)	鼻血が出る	声が出しにくい

その他の症状があれば簡単にお書き下さい

次に以下の項目にあてはまるものがあれば御記入下さい

- ① 薬・注射・食物・洗剤・化粧品等で、じんましんや薬疹ショック等の症状がありましたか。
- ② 現在他の医師にかかり治療や投薬を受けていますか。
- ③ 今迄にかかった大きな病気（風邪・下痢等は除く）があればお書き下さい。
- ④ 現在妊娠している、又産後3～4ヶ月である。
妊娠（ ）ヵ月 産後（ ）ヵ月
- ⑤ 子供さんは体重を記入して下さい。
() kg