

体温 _____ °C

耳鼻咽喉科 井上医院を受診される方へ

スタッフ記入欄
ID: _____

| | |
|------|-------------------|
| フリガナ | |
| お名前 | () 歳 |
| ご住所 | 〒 _____ ・変更なし |
| 電話番号 | () _____ ・変更なし |
| 体重 | Kg (大人の方もご記入ください) |

こんにちは。今日はどこが悪くて受診されましたか？

耳：(右、左、両方)

[痛い、かゆい、耳だれ、聞こえにくい、ふさがった感じ、鳴る、めまい、耳垢]

鼻：[くしゃみ、鼻水、鼻づまり(右、左、両方)、かゆい、鼻がのどにまとわる、

鼻血(右、左、両方)、においがわからない、鼻が臭い]

のど：[痛い、咳が出る、痰がからむ、かわく、つまる、声がかすれる、痰に血が混じる、

食事ができない・いびきをかく・いつも口を開いている・睡眠中呼吸が止まる]

その他：()

・それはいつ頃からですか？ _____ 頃から

・高血圧、心臓病、肝臓[肝炎(B・C)]、HIV、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息、緑内障、
甲状腺の病気、などにかかったことがありますか？(○をおつけください。)[特になし]

・過去、手術を受けたことがありますか？(いつごろ、どのような手術を受けられましたか？)

(無・前回と同じ・有 _____)

・現在飲んでいるお薬がありましたら書いてください。[特になし]

お薬手帳、処方箋がありましたらお出してください。

(病院、医院名) _____

(お薬) _____

[シロップ・こな・錠剤] (服用可能な形状に○、難しい形状に×をお付けください。)

| |
|---------|
| スタッフ記入欄 |
| ・情あり |
| ・情なし |

・お薬で副作用がでたことがありますか？ [無・有(お薬名) _____ (副作用) _____]

・使用できない薬剤はありますか？ [無、ヨード、キシロカイン、アルコールステロイド、他() _____]

・食物や金属アレルギーがありますか？ [無・有(品名) _____]

・タバコは吸いますか？ [吸わない、吸う _____ 本/日、 _____ 年間](成人の方のみ)

・妊娠中ですか？またその可能性はありますか？ [いいえ・はい _____ ヶ月](女性の方のみ)

・授乳中ですか？ [いいえ・はい](女性の方のみ)

・その他 (診療、治療に関するご希望がありましたらお書きください。)

記入しましたら、受付へお渡しください。ご協力ありがとうございました。