

外出(A・P)⇒カード(済・未)		生年月日		自宅及び携帯電話番号
ふりがな		大正 昭和 平成	年 月 日生	自宅:
氏名			男・女 歳	携帯:
現住所	〒			体温: 度

★女性の方のみ:現在 妊娠中( 月) 授乳中(お子さんは 月) 妊娠の可能性のある方

**◎今日どのような症状でこられましたか(当てはまる所に○をつけて下さい)**

鼻の症状: ・鼻水 ・鼻づまり ・くしゃみ ・汚い鼻水 ・鼻血

耳の症状: ・耳だれ(右・左・両方) ・耳が痛い(右・左・両方) ・聞こえが悪い(右・左・両方)  
 ・耳がつまった感じ(右・左・両方) ・耳鳴(右・左・両方) ・めまい ・耳そうじ

のどの症状: ・咳 ・痰 ・声かすれ ・のどが痛い ・食べ物の通りが悪い ・飲み込むと痛い  
 ・のどに何か出来た

その他症状: ・頭痛 ・首がはれた(痛い) ・外傷を受けた(鼻・顔・のど) ・口の中が痛い  
 ・熱( 度)⇒いつごろですか?( )  
 ・その他( )  
 ・花粉症(アレルギー検査をしたことがありますか? いいえ / はい(アレルギー項目: )  
 →花粉症などの原因がわかるアレルギー検査⇒ 希望する / 相談する

上記の症状はいつからですか?

( )

**◎現在服用中のお薬はありますか**

いいえ / はい(薬名 )

**◎薬により、体に異常のあったことがありますか**

いいえ / はい(薬名:  
 「はい」と答えた方はどんな症状がでましたか⇒( )

**◎現在治療中、もしくは以前かかった事のある病気はありますか?(手術や入院も含みます)**

	治療中	治療済み
B・C型肝炎 ( )	糖尿病 ( ) ( )	
緑内障 ( )	高血圧症 ( ) ( )	
前立腺肥大 ( )	じんましん ( ) ( )	
熱性けいれん ( )	心臓病 ( ) ( )	
	喘息 ( ) ( )	
	胃・十二指腸潰瘍 ( ) ( )	

その他の病名( )

**◎お子様の方⇒希望の薬の剤型や服用回数がありますか**

※また服用回数のご希望があれば○をしてください。

★お子様(中学生まで)の体重: kg

はい( 粉薬 / シロップ ) ※飲み方の回数( 1日2回服用 / 1日3回服用)