

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
氏名			男・女	歳	
現住所	〒				携帯:
					体温: _____ 度
★女性の方のみ:現在 妊娠中(_____ ヶ月) 授乳中(お子さんは _____ ヶ月) 妊娠の可能性のある方					

◎今日はど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				
	→レーザー治療について相談したい⇒ いいえ / はい				

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 薬手帳忘れ

いいえ / はい...の方は薬名がわかるものをご提示ください。無い場合は、下記に薬名をご記入ください
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)