

再 来 用

氏名:	年齢	才
	体重(中学生以下):	kg
	体温	°C

海外渡航 ・2週間以内に新型コロナウイルス流行地域への渡航・居住はありますか？ いいえ / はい について 『はい』の方⇒帰国後、咳や発熱はありますか？ いいえ / はい
★女性の方のみ:現在 ・妊娠中(ヶ月) ・授乳中(お子さんは ヶ月) ・妊娠の可能性がある

※記入漏れが多いため、必ず全てご回答ください

①今日は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 ・花粉症
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 ・学校健診でひっかかった ・熱(度)⇒いつごろですか?() ・上記以外の症状() ・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 →舌下免疫療法について相談したい⇒ いいえ / はい →レーザー治療について相談したい⇒ いいえ / はい

②症状はいつからですか

(月 日 ~ 日間)

③他の病院で処方されているお薬はありますか

いいえ / はい...お薬手帳を提出してください。スマホで管理している方は診察時に画面を見せてください。

お薬手帳忘れ、シールを貼っていない方

⇒薬名を記入してください()

④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⇒()

⑤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)

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 () ()
てんかん ()	喘息 () ()
	胃・十二指腸潰瘍 () ()

その他の病名()

⑥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。

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