

フリガナ		生年月日
お名前		大正 昭和 平成 令和 年 月 日
ご自宅住所	〒	電話番号(携帯) - -
ご勤務先名		

13歳未満のお子様	身長	cm	体重	kg
-----------	----	----	----	----

① 今ままでかかったことがある病気に○をつけて下さい

糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・脳血管障害・結核・肝臓病・腎臓病・痛風・胃炎
アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎(花粉症含む)・ちくのう症・突発性難聴
その他()・特になし

② 常用しているお薬はありますか はい・いいえ

薬剤名お分かりでしたら()

③ お薬で薬疹が出たり、気分が悪くなるほど副作用が出たことがありますか はい・いいえ

薬剤名お分かりでしたら()

どんな副作用でしたか ()

④ 女性のかたへ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか

いいえ・はい【妊娠中()週目・妊娠の可能性あり・授乳中】

⑤ 本日の症状に○をつけて下さい

耳 (右・左・両)・痛い・かゆい・難聴・耳鳴り・ふさがった感じ
異物・耳垢・めまい・耳だれ

鼻 痛い・鼻づまり・水鼻・黄色鼻水・鼻水が喉へ落ちる・鼻血・頭痛
嗅覚障害・悪臭がする・できもの・くしゃみ・かゆい

のど 痛い・声がれ・せき・たん・異物感・いびき・かゆい

口腔 痛い・できもの・舌 首 痛い・しこり・腫れ

その他 ()

⑥ 本日の症状はいつからですか ()から