

# 初めて受診される方へ

記入日：平成 年 月 日

当院を選んで受診していただきありがとうございます。お手数ですがご記入よろしくお願ひします。

フリガナ：.....

氏名： (体重 kg)

生年月日：T・S・H 年 月 日 (年齢 才)

住所：

電話番号：( ) -

## 1 どうなさいましたか？ ○を付けてください。

症状はいつからですか？ から

- 耳 (右・左) 痛い・痒い・耳だれ・耳あか・出血  
聞こえにくい・つまった感じ・耳鳴り・めまい・その他 ( )
- 鼻 鼻づまり ・鼻みず (水様・黄・緑)・くしゃみ・鼻血・その他 ( )
- のど 痛い ・のどがつまった感じ・せき・たん・声がかれる・口内炎  
その他 ( )
- お熱 ない ・体温 °C

他にお気づきになったことを下にお書き下さい。

## 2 現在及び過去に 継続して治療した病気 (成人病など) や手術はありますか？

いいえ  はい 病名 ( ) 飲んでいるお薬 ( )

## 3 今までにアレルギー (お薬、食べ物、喘息、花粉症) などありますか？

いいえ  はい ( )

## 4 現在 妊娠中、授乳中ですか？ (成人女性のみ記入してください。)

いいえ  はい (妊娠 ヶ月・授乳中)

## 5 当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)

- ご紹介 (ご家族・ご友人 様)  近所・通りがかり  看板  
 ホームページ  当院HP以外のインターネットをみて  その他

## 6 その他 医師に特に聞きたいこと、要望があれば記入してください。

ご記入ありがとうございました。

## 花粉症でご来院の方は以下の質問にもお答え下さい

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

### 症状について教えてください

- ・ 例年は いつ頃からいつ頃まで症状が続きますか \_\_\_\_\_ 月から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 旬頃まで
- ・ 鼻づまりはありますか
  - 少しある       時々口で呼吸している       いつも口で呼吸している
- ・ 鼻水が出て鼻をかみますか  
1日に       0～5回       6～10回       11回以上
- ・ くしゃみが出ますか  
1日に       0～5回       6～10回       11回以上
- ・ 目のかゆみがありますか
  - ほとんどない       すこしかゆい       目をこするぐらい

### 薬に対して望むことを教えてください

- ・ 飲み薬について
  - とにかくよく効く      (眠気が出ることがあります)
  - 眠気が少ない      (効果が比較的弱くなります)
  - 1日1回の服用がよい
  - 値段が安い
  - その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ カゼ薬で眠くなりやすいですか       はい       いいえ       分からない
- ・ 点鼻薬は希望されますか       はい       いいえ       医師と相談
- ・ 目薬は希望されますか       はい       いいえ       医師と相談
- ・ 以前内服していた花粉症のお薬があれば教えてください       あり       無し  
( \_\_\_\_\_ )  
その薬は良く効きましたか ( \_\_\_\_\_ )
- ・ 当院では花粉症に対しレーザー治療を行っていますが、興味はありますか  
 はい       いいえ

### アレルギーの原因を調べてほしいですか？ (3割負担で4000円程かかります)

- はい       いいえ

ご記入ありがとうございました。