

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。