

初めて受診される方へ

記入日：令和 年 月 日

フリガナ：.....

氏名： (男・女) (体重 kg)

生年月日： T・S・H・R 年 月 日 (年齢 才) ヶ月

住所：

電話番号① () - ② 携帯 () -

1 どうなさいましたか？ ○を付けてください (一番困るものに◎)。

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・めまい (回転性・ふわふわ)

鼻 鼻づまり・鼻みず (水様・黄・緑)・くしゃみ・鼻血 (右・左：止血 分)

のど 痛い ・つまった感じ・せき・たん・声がかれる・口内炎

眼 痒い・涙・メヤニ

お熱 測っていない ・ ない ・ ある ⇒ 現在の体温 °C

その他 ()

☆お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

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歴 (お薬、食べ物、喘息、花粉症) などありますか？

いいえ はい () (花粉症 月~ 月)

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 (妊娠中 予定日 / クリニック名) はい (授乳中)

5 現在の登園状況

未登園 登園中 (年 月から 幼稚園 保育園 託児所)

6 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
 当院HP (スマホ・PC) 当院HP以外のインターネット (スマホ・PC)
 その他 (具体的に)

7 その他 医師に聞きたいこと、要望があれば記入してください。

Empty rounded rectangular box for additional notes.

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
- ・ 当院ではスギ花粉症に対し舌下免疫療法を行っていますが、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。