

# 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。

# 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。