

※住所・連絡先変更の場合は裏面に記入をお願いします

## I. 本日はどのようなことで来院されましたか？またその症状はいつからですか？

|                                 |   |     |
|---------------------------------|---|-----|
| a, <input type="checkbox"/> 鼻   | ( 両側 右 左 ) つまる くしゃみ 痛む 鼻出血<br>鼻水 (透明で水様 黄色で粘調 両方) その他 ( )           | 前から |
| b, <input type="checkbox"/> 耳   | ( 両側 右 左 ) 痛む かゆい 耳だれ 聞こえが悪い<br>耳鳴り ふさがった感じ 耳あか その他 ( )             | 前から |
| c, <input type="checkbox"/> のど  | 痛む せき 痰がからむ いがらっぽい<br>声がかれる 違和感がある その他 ( )                          | 前から |
| d, <input type="checkbox"/> その他 | 熱がある ( ) 度) だるい 頭痛 口内炎 首がはれている<br>回転性のめまい ふらつき 睡眠時無呼吸症候群<br>その他 ( ) | 前から |

II. 現在使用している薬を教えてください ( ない ある ) (過去1週間以内に内服していた薬もお書き下さい)
現在使用(内服)中の薬

終了した薬
III. 前回未記入の既往歴 15才以下の方は体重 妊娠(可能性)または授乳中の方は 下記にご記入ください。

病名 ( ) 体重 ( ) kg

妊娠 週目・妊娠の可能性あり・授乳中

浅香耳鼻咽喉科クリニック