

# 新患受付用紙

タバコ  
(吸う・吸わない・やめた)

ふりがな	生年月日	昭和・平成・令和	体温	℃
氏名	年	月	日(歳)	(小児のみ)体重 kg
住所	〒 -			(小児のみ)飲める薬は? 錠剤・粉・シロップ
電話番号 ( ) -				

本日の症状について記入してください。(該当するところに○をつけてください)

いつから どこが	今日	・	昨日	・	日前から	・	ヶ月前から	・	以前から
右 耳左 両側	痛い かゆい 耳だれ 聞こえない 耳鳴(キーン・ジージー・ザーザー) めまい (ぐるぐる回る・ふらふらする・はきけ・嘔吐) 耳かす その他( )								
鼻	鼻水(どろどろ・さらさら) くしゃみ 鼻づまり 鼻かすがつく 痛い(入り口・ほっぺた・眉間部・その他( )) 臭いがしない 鼻出血 その他( )								
のど	痛い(食事は可能・不可能・水分のみ可能) 咳が出る(昼間・夜間・一日中) 息苦しい のどが渇く 声が出ない 痰がからむ 口臭が気になる								
特殊外来	口臭外来 禁煙外来 アレルギー抗原検査希望(採血) 花粉症 その他( )								

耳鼻科疾患 既往症	アレルギー性鼻炎	副鼻腔炎	急性中耳炎	滲出性中耳炎
	難聴	耳鳴	めまい	扁桃炎
	咽喉頭炎	気管支炎		
他の既往症	糖尿病	気管支喘息	アトピー性皮膚炎	心臓病
	肝臓病	高血圧		
かかりつけ医	有・無 (医院名: )			
服用中の薬	有・無 ( ) 残り 日分			
今までに 受けた手術	中耳炎 副鼻腔炎 扁桃腺 (どこで いつ頃 ) その他の手術( )			
女性のみ	現在妊娠は 有 ( ヶ月 ) ・ 無 不明 現在、授乳中ですか? はい・いいえ			
コロナワクチン	接種済み(1回目 / 2回目 / 3回目 / 4回目 / 5回目) ・ 未接種			
めいはい 薬・注射	有・無 薬品名 ( )			

☆当院を何でお知りになりましたか? ①友人の紹介 ②タウンページ ③ホームページ ④近所だから ⑤看板 ⑥その他 ( )
--