

ご住所	〒		お電話：
			携帯電話：
ふりがな			生年月日：T・S・H 年 月 日
お名前			年齢： 才 性別： 男・女
ご職業	身長 cm	体重(13才以下の方) kg	本日お熱がある方はご記入ください 度 分

1.今日はどうなさいましたか？ ○をつけてください。

耳(右・左・両耳)：( 耳が痛い・耳だれ・耳あか・難聴・耳鳴・めまい・

耳のつまった感じ・かゆい・はれている )

鼻：( 鼻が痛い・鼻づまり・鼻水が出る・鼻がかゆい・鼻血が出る・くしゃみ・においがしない )

のど(首)：( のどが痛い・せき・たん・つかえる・息が苦しい・声がれ・

のどから血が出る・のどの違和感・しこりがある )

口：( 舌が痛い・味がよくわからない・口内炎 )

顔：( ほおが痛い・はれている・顔が動かない・麻痺している・できものができた )

目：( 目が痛い・かゆい・涙が出る・はれている・目やにが出る )

その他：

\*インフルエンザ等 感染症の疑いのある方は受付にお申し出ください。

◆いつから症状がありますか？(必ずご記入ください)【 】

2.本日ご来院の主な目的が、アレルギー性鼻炎の特別な治療法、及びアレルギー検査のご相談希望の方は、

以下の治療法より○をつけてください。アレルギー検査は、本日検査が出来ます。(締切時間内にて)

く 鼻のレーザー治療(または高周波治療)・皮下免疫療法(減感作療法)・

舌下免疫療法・アレルギー検査(血液検査) )

3.今、飲んでいるお薬はありますか？( ある・ない )

服用中の方は、本日お薬手帳(薬がわかる物)はお持ちですか？( ある・ない )

お薬手帳等お持ちの方は直接、先生にお見せください。

ない方は、お薬の名前をお書きください。【 】

4.お薬や食品で副作用(アレルギー)がでたことがありますか？( ある・ない )

ある方は、お薬または食品の名前をお書きください。【 】

5.女性の方へご質問です。

・今、授乳していますか？( はい・いいえ )

・今、妊娠していますか？( はい・いいえ・可能性がある )

『はい』に○をした方、何週目ですか？【 週】

6.何をご覧になって来院されましたか。(複数回答をどうぞ)

当院ホームページ・その他ネット情報・JR本八幡駅広告・都営新宿線本八幡駅広告・電柱広告・知人の紹介・

他病院からの紹介・いちかわ便利帳など広報誌・お近くにお住まいで・その他( )