

ふりがな
お名前

男 ・ 女

生年月日
大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和

年 月 日

年齢 歳

〒 住所

※ご連絡先のお電話番号は必ずご記入下さい

○をしてください ↓

※電話番号

【 自宅 / 携帯(ご本人) / その他() 】

緊急連絡先(携帯番号など)

どなたのご連絡先ですか？【 】

☆小さなお子様のみ必須 身長・体重

cm kg

今日はどのような症状がありますか？



※あてはまる項目に チェックをお願いします



熱がある (. °C)

耳			
	痛い	右	左
	かゆい	右	左
	つまる	右	左
	耳だれ	右	左
	耳なり	右	左
	難聴	右	左
	ピアス(穴あけ)	右	左

鼻			
	鼻汁	右	左
	つまる	右	左
	痛い	右	左
	匂いが分からない	右	左
	鼻血	右	左
	くしゃみ		
	目がかゆい		
	花粉症		

のど・口・舌	
	のどが痛い
	せき・たん
	声がかれた
	のどに違和感
	口の中腫れた
	口の中、舌痛い
	いびき、口呼吸
	口内炎

その他	
	めまい・ふらふら
	吐き気・嘔吐
	頭痛・頭重感
	頬が腫れた
	首が腫れた
	顔の動きが悪い

その他()

いつからですか？

今日 昨日 一昨日 1週間前 1ヶ月前 かなり前から その他()

今迄に次の病気をしたことがありますか？

糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞 喘息 結核 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病
 その他病気()

現在薬を飲んでいますか？

いいえ

はい

お薬手帳等お持ちでしたら受付にてお預かりしますのでご記入不要です

服用している薬はあるがお薬手帳等をお持ちでない方は下記にお薬の名前をご記入ください

※お薬名がわからない場合は何のお薬かだけで結構です(例:胃薬)

()



アレルギーはありますか？

いいえ はい(薬 麻酔注射 食べ物 花粉症 その他())

今迄に入院・手術をした事がありますか？

いいえ はい () 歳の時 病名()

(女性の方へ)現在妊娠していますか？授乳中ですか？

妊娠していない 予定している 妊娠している()週 授乳している

