

ふりがな

【生年月日】

名前

(男・女) 昭・平・令 年 月 日 (才)

〒 —

住所

携帯番号

— —

自宅電話番号

— —

【症状はいつからですか？】

《当てはまる項目に○をつけて下さい》

【耳】 痛い(右・左) かゆい(右・左) 耳あか(右・左)
 耳だれ(右・左) 耳鳴り(右・左) 耳閉感(右・左)
 聞こえない(右・左) 聞こえにくい(右・左)

【鼻】 鼻水 鼻づまり くしゃみ 鼻血 痛い おでき

【喉】 痛い 腫れている 声が出ない 咳 たん
 詰まる感じがする 口内炎 飲み込みにくい
 息苦しい 魚の骨(何を食べましたか?)

【その他】 発熱 (°C) 頭痛 吐気 嘔吐
 めまいがする 下痢 腹痛 だるい ()

* B型・C型肝炎と言われたことがありますか? はい・いいえ

* 現在薬を服用していますか? お薬手帳をお持ちの方はお見せ下さい はい・いいえ

* ジェネリック薬品の処方は可能ですか? はい・いいえ

* (女性のみ)現在妊娠又は授乳中ですか? はい・いいえ