フリガナ　　・　　生年月日

氏名　　男・女　　昭・平・令　　年　　月　　日

体重（小学生の方まで）：　　kg

住所　〒

携帯番号　　自宅電話番号

※今回どこの具合が悪いですか？当てはまる症状の項目に○をつけて下さい

□耳（右　・左）　耳あか　聞こえにくい　痛み　耳だれ　耳鳴り　耳閉感　違和感
腫れている

□鼻　鼻水　鼻づまり　鼻血　アレルギー　鼻水がのどに落ちる　痛み　蓄膿症
臭いがする　匂いがわからない　くしゃみ

□のど　痛み　飲み込みにくい　詰まった感じがする　声が出ない・かすれる
魚の骨　痰が絡む　のどがイガイガする

□その他　めまい　いびき　頭痛　発熱（　　℃）　咳　だるい
首が腫れている　口内炎　できもの（場所：　　）
上記以外（　　）

いつ頃からですか？（　　）

＊現在治療中の病気はありますか？□なし　□あり（　　）

＊現在飲んでいるお薬はありますか？□なし　□あり

（お薬手帳などをお持ちでしたら提出お願いします）

＊B型肝炎・C型肝炎と言われたことがありますか？□いいえ　□はい

＊お薬のアレルギーはありますか？□なし　□あり（　　）

＊女性の方へ　現在妊娠中または授乳中ですか？□いいえ

□はい（妊娠：　　週）

□はい（授乳中、お子様の月齢：　　）