

月 日

ふりがな お名前 (男・女)	大正・昭和・平成・令和 生年月日 年 月 日 (歳)
体重 (中学生以下) Kg	体温 (熱がある場合) °C 職業:
住所: 世田谷区/ 〒 _____ 調布市/ 三鷹市	携帯番号: 自宅電話:
★当院をお知りになったきっかけを教えてください。○をつけてください (複数回答可) 家族から聞いて () ・知人から聞いて (_____ 様) インターネットで検索 (google・yahoo・口コミサイト・facebook・その他) 給田町交差点の看板・クリニック前の看板・電柱広告・その他 ()	

1 いつ頃から具合が悪いですか？

今朝から・ ____ 日前から・ ____ 週間前から・ ____ ヶ月前から・ ____ 年前から

2 あてはまるものに○をして下さい。一番困るものに◎をして下さい。

- 耳の症状 : 痛い・耳だれ・聞こえが悪い・耳鳴り・耳あか
(右・左・両側) 耳がふさがる
- 鼻の症状 : 鼻づまり・鼻みず (水っぽい / ねばねば) ・くしゃみ
においがわからない・鼻血
- のどの症状 : 痛い・痰 (たん) ・咳 (せき) ・声がかれる・舌・口内炎
のどの違和感・飲み込みが悪い・味がわからない
- その他 : めまい・いびき・首の腫れ・顔のゆがみ・がんが心配
()

3 すでに他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ・はい (病院名: _____ お薬: _____)

4 アレルギーの病気はありますか？ (花粉症・アレルギー性鼻炎・ぜんそく・アトピー)

以下の検査・治療をご希望であれば○をつけてください

- () アレルギー血液検査(1回で39項目のアレルギーをチェックできます : 3割負担で約 4000 円)
() 20分でわかる簡易アレルギー検査 (指先からの採血で、お子様でも出来ます 約 3500 円)
() スギ花粉症を治す治療 (舌下免疫療法。6月～11月の期間のみ治療開始できます)
() アレルギー性鼻炎のレーザー治療 (診察を受けた後、手術は予約で行っています)

5 今までにかかった病気はありますか？ (熱性けいれん・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・

前立腺肥大・肝臓病・緑内障・ _____)

6 たばこ (_____ 本/日・ _____ 年前にやめた) ・飲酒の習慣 (なし・毎日・週 _____ 日位)

- 薬剤のアレルギー なし・あり (薬剤名: _____)
●食物アレルギー なし・あり (_____)
●妊娠 なし・あり (_____ ヶ月) ・可能性あり ●授乳 している・していない

★小学生以下のお子様は、くすりの希望があれば記入ください

(粉・シロップ・錠剤・特になし)

ご記入ありがとうございます。個人情報厳重に保管・処分いたします。 給田耳鼻咽喉科クリニック