

氏名		体重 (中学生以下)	Kg
----	--	---------------	----

◆今日診察希望される症状に○印をつけて下さい。

耳	鼻	のど
・痛い (右・左)	・くしゃみ	・痛い
・耳だれがでる (右・左)	・鼻水	・違和感がある
・聞こえにくい (右・左)	・鼻づまり	・声がかすれる
・耳鳴り (右・左)	・鼻血	・咳がでる
・つまる (右・左)	・においが全くしない	・痰がでる
・かゆい (右・左)	・頭痛	・口内炎
・めまいがする	・いびき	・骨がささった
・耳そうじ希望	・睡眠時無呼吸症候群の検査希望	・熱がある (度)

◆いつ頃からその症状がありますか？

◆治療中の病気はありますか？	ない ・ ある ()
◆内服・使用中の薬はありますか？	ない ・ ある (お薬手帳を診察時に先生へお渡し下さい)
◆合わなかった薬はありますか？	ない ・ ある ()
◆アレルギーはありますか？	ない ・ ある ()
◆喫煙はされますか？	いいえ ・ はい (1日 本)
◆飲酒はされますか？	いいえ ・ はい (1日 ml)
◆妊娠されていますか？	いいえ ・ はい (週目)
◆授乳中ですか？	いいえ ・ はい