



◆労働災害、交通事故は対応できません (詳細は受付まで)。◆ご記入いただいた個人情報は厳重に管理されています。◆記入事項に変更があれば直ちにお申し出ください。◆安全の為に身体を固定することがありますがご了承ください。

フリガナ, 氏名, 住所, 性別, 生年月日 (年齢), 職業, 携帯電話, 固定電話, 体重

♥ 女性の方へ (妊娠中ですか, 授乳中ですか, いいえ, はい (現在 週), はい (才 ヶ月児))

1、本日の治療目的をご記入ください。

いつ頃から (今日, 昨日, 3~4日前, 1週間前, 2週間前, その他)

耳 (耳あか, 耳痛, 耳かゆみ, 耳だれ, 耳つまり・聞こえにくい), 鼻 (くしゃみ, 鼻水, 鼻つまり, 鼻血), のど (のどの痛み, セキ, 声かれ, 喉が詰まる感じ, 発熱), その他 (耳鳴, めまい, 鼻炎, いびき, 無呼吸, 肩こり, 不眠)

2、現在、この症状で何か治療していますか？ また、他の病気で治療中ですか？

(ある... (病名:), (ない... (病医院名:))

3、現在、市販薬を含めて使用中の薬はありますか？ (◆お薬手帳は受付にご提出ください)

(ある... (薬の名前:), (ない)

4、今までにかかった事のある病気は

(中耳炎, アレルギー性鼻炎, 糖尿病, 肝炎, 熱性けいれん, 副鼻腔炎, 前立腺肥大, うつ病, 難聴, アトピー, 心臓病, その他)

5、薬の副作用

(ある... (薬の名前:), (ない (その症状: 眠気, 下痢, 便秘, 胃痛, 薬疹, その他))

6、生活習慣

(たばこ (本/日), 食物アレルギー, ストレス (なし, 多少ある, ある), 飲酒 (1日量), その他)

7、ご要望

(詳しい検査を希望, 以前の薬が欲しい, その他)