

体温 $^{\circ}\text{C}$

年齡 歲

14歳以下の万

体重_____kg

- ・ 今回の経過中に発熱はありましたか？ はい（　月　日 最高____℃） ・ いいえ
・ 今回の症状で他院も受診しましたか？ はい（ 診断：　　　　　　 ） ・ いいえ

症状について：項目にチェックをつけ、それぞれいつからあるのかを書いてください。

●耳	いつから	●のど	いつから	●鼻（□ 花粉症かも）	いつから
□ 耳が痛い（右・左）		□ 痛み		□ 鼻水	
□ 耳だれ（右・左）		□ 咳		□ 鼻づまり	
□ 聞こえにくい（右・左）		□ 痰		□ くしゃみ	
□ 詰まった感じ（右・左）		□ 声がかすれる		□ 匂いがわからない	
□ 耳鳴り（右・左）		□ つかえ感、異物感		□ 鼻血	
●めまい	いつから	●頸部（くび）	いつから	●くち	いつから
□ ぐるぐる回る		□ 痛み		□ 痛み	
□ フワフワ・フラフラ		□ 腫れている		□ 味がわからない	
□ 目の前が真っ暗になる				□ 舌がおかしい	
●その他：（ ）					

薬のアレルギーはありますか？

☐ なし	☐ あり ⇒	☐ 抗菌薬 ()	☐ 解熱鎮痛剤	☐ 造影剤
		☐ 麻酔薬 (キシロカイン等)	☐ その他 ()	

これまでの病気・ケガについて

今までに大きな病気や手術をうけたことがありますか？

☐ なし	☐ あり ⇒	☐ 耳鼻咽喉科の病気・手術 ()				
		☐ 高血圧	☐ 糖尿病	☐ 心臓病	☐ 肝臓病	☐ 腎臓病
		☐ 喘息	☐ 前立腺肥大	☐ 緑内障	☐ 結核	☐ 頸椎症
		☐ その他 ()				

現在服用中の薬はありますか？

☐ なし ☐ あり ⇒ 薬剤名 () ☐ 薬手帳参照

花粉症の方：以前に使用したことのある花粉症薬の効果を教えてください。（☐使用したことない）

効果なし ⇒ 薬剤 () 効果あり ⇒ 薬剤 ()

嗜好品について

タバコを吸いますか？

☐ 吸ったことがない ☐ 吸う () 本/日 () 年間 ☐ () 歳で禁煙 前は () 本/日

酒を飲みますか？

□飲まない □飲む：ビール（ ）本/日・日本酒（ ）合/日・その他（ ）

女性の方へ : 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ 妊娠（ ）ヶ月 ☐ 授乳中 ☐ わからない

小児の方へ： 飲めないタイプの薬はありますか？

☐ 何でも飲める ☐ 錠剤がダメ ☐ カプセルがダメ ☐ 粉薬がダメ ☐ 水薬がダメ