

フリガナ

お名前

男性・女性

生年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日

郵便番号 〒 — \*15歳以下の方 体重 kg

住所

電話番号 その他の連絡先

☆今日はどのような症状で受診されましたか??

体温 ・ °C

いつから

今日から・( ) 日前から・( ) ヶ月前から・( ) 年前から

はな👃の症状

鼻水 (水よう・色つき・ネバネバ) ・ 鼻がつまる ・ くしゃみが出る

鼻血 (右・左) ・ においがわからない ・ 花粉症 ( )

のどの症状

痛い ・ 違和感がある ・ 声がかすれる ・ 咳が出る ・ 痰が絡む ・ 口内炎

( )

みみ👂の症状

両耳 ・ 右耳 ・ 左耳 痛い ・ かゆい ・ ふさがり感 ・ 聞こえにくい

・ みみだれ ・ 耳鳴り ・ 耳掃除 ・ ( )

その他の症状 ・ 学校からの書類ありの方 → **学校検診**

・ アレルギー検査希望あり ・ めまい

今までにかかった病気はありますか? ない ・ ある ( )

現在飲んでいる薬はありますか? ない ・ ある ( )

麻酔の薬や食べ物、その他の薬で具合が悪くなったことがありますか? ない ・ ある

あると答えた方 ( )

タバコ🚬 吸わない ・ 吸う (1日 本 年間)

お酒 飲まない ・ 飲む ( )

女性の方へ 現在妊娠中 ・ 授乳中