



| | | | | | | | |
|----|------|-------|---|---|---|----|----|
| 氏名 | 生年月日 | 大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | 体重 | kg |
|----|------|-------|---|---|---|----|----|

該当する項目に チェックを付けてお答えください。

| | |
|--|---|
| 1 具合の悪いところはどこですか？ | <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> くび <input type="checkbox"/> その他 症状をお書きください |
| 2 その症状はいつからですか？ | |
| 3 この件について、 他の医療機関を受診されましたか？ | <input type="checkbox"/> はい 医療機関名 <input type="checkbox"/> いいえ (病院・医院) |
| 4 上記以外に現在治療中の病気は ありますか？ | 何の病気ですか <input type="checkbox"/> はい 1 () <input type="checkbox"/> いいえ 2 () 3 () |
| 5 現在、飲んでいる薬がありますか？ | <input type="checkbox"/> ある ※ あるの方、薬名をご記入、またはお薬手帳をご提示ください <input type="checkbox"/> ない |
| 6 今までに、薬や注射で副作用が 出たことがありますか？ アレルギー、ショックなど | <input type="checkbox"/> はい ※ はいの場合、薬名をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 過去に大きな病気にかかったり、 手術を受けたことは？ | <input type="checkbox"/> ある いつ頃 () 病名 () <input type="checkbox"/> ない 手術名 () |
| 8 ぜんそくがありますか？ | 現在 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去にあったが今はない |
| 9 たばこは吸いますか？ | <input type="checkbox"/> はい はい、の方 (1日 本 × 年間) <input type="checkbox"/> いいえ (以前すっていたが 年前でやめた) |
| 10 お酒は飲まれますか？ | <input type="checkbox"/> かなり飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> たまに飲む <input type="checkbox"/> 飲まない |

| | |
|------------------|---|
| ◎ 女性の方への質問 | ① 現在、妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある ② 現在、授乳中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ☆ お子様への質問 | ① たまごアレルギー(特に卵白)はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ② 熱性けいれんの経験はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ◇ 薬の形態で希望はありますか？ | <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> いずれでも可能 |

よろしければご協力ください

当院をお知りになったきっかけは何ですか？
(複数回答可)

- 親族 知人 他の医療機関からの紹介 ご近所 職場に近い
 当院のホームページを見て (PC ・ 携帯)
 看板・新聞、雑誌などマスコミ媒体 その他 ()