記入日　　月　　日　　**オンライン受付番号＿＿＿＿番**

（大切なお体をお預かりいたしますので、お手数ですがご記入お願いいたします。）

ふりがな

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿歳（男・女）　体重＿＿＿kg

生年月日(大正・昭和・平成・令和)　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

↓　※初めての方、久しぶりに受診される方、ご変更がある方は必ずご記入下さい

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿/携帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄［＿＿＿］

女性の方　現在 妊娠・授乳を（ していない ・ している ）→ 妊娠［＿＿週目］ 授乳［＿＿ヶ月のお子さん］

◆本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？該当するものに〇をして下さい。

いつからですか？（＿＿＿＿＿前から）　ネツ（＿＿＿＿℃）

鼻	のど	耳（右・左・両）
・鼻水(水様・粘性・黄色・緑色)	・のど痛　・声がれ	・耳痛　・耳だれ
・鼻づまり	・せき　・たん	・耳鳴り　・かゆみ
・くしゃみ	・のどがつまる感じ	・聞こえ悪い
・鼻水がのどに流れる	・のどの違和感	・めまい(回転性・ふわふわ)
・鼻血(右・左)		・耳そうじ希望

その他（　　）

※のど痛がある方 →　水分・食事は摂れていますか？　いいえ・はい

※耳症状がある方 →　普段耳そうじはしていますか？　いいえ・はい

◆今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ・はい　受診日　　医療機関名

説明や処方内容：

◆今回の症状の他に現在治療中のご病気がありますか？該当するものに〇をして下さい。

いいえ・はい［高血圧　糖尿病　心臓病　高脂血症　前立腺肥大　脳梗塞　緑内障　喘息　胃潰瘍　その他（　　）］

◆現在服用中の薬はありますか？　※お薬手帳に記載があればお預かりさせて頂ければ記入不要です

いいえ・はい（　　）

◆薬でアレルギーが出たことはありますか？

いいえ・はい（薬の名前　　/副作用　　）

◆今まで歯科等で麻酔を使って具合が悪くなったことはありますか？　いいえ・はい

◆今までに入院歴、手術歴はありますか？

いいえ・はい（病名　　）

◆たばこを吸いますか？　いいえ・はい　（1 日 ＿＿本くらい）

◆スイミングに行っていますか？(お子様のみ)　いいえ・はい・休止中

ご記入ありがとうございました　　いなげ耳鼻咽喉科