

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ Kg (15歳以下の方)

1 今日はどうなさいましたか？また、それはいつ頃からですか？

2 今までに大きな病気（手術や入院など）にかかったことはありますか？  
また、現在かかっている病気はありますか？

- ・ はい (病名 \_\_\_\_\_)      ・ いいえ

3 現在、薬を服用していますか？

- ・ はい (薬の名前 \_\_\_\_\_)      ・ いいえ

4 最近1ヶ月位の間で、薬を服用していましたか？（市販薬も含めて）

- ・ はい (薬の名前 \_\_\_\_\_)      ・ いいえ

5 薬・麻酔や食べ物のアレルギーはありますか？

- ・ はい ( \_\_\_\_\_ )      ・ いいえ

6 花粉症になったことがありますか？

- ・ はい (いつ頃から \_\_\_\_\_)      ・ いいえ

7 耳鼻科の受診は初めてですか？

- ・ はい \_\_\_\_\_      ・ いいえ

8 河合耳鼻科を誰かに聞いて来られましたか？

( \_\_\_\_\_ )

《女性の方のみお答え下さい》

9 現在、妊娠中または授乳中ですか？

- ・ はい (妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月 ・授乳中)      ・ いいえ
- ・ 妊娠の可能性あり