

フリガナ	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	※12歳以下の方
お名前	男 ・ 女	体重 k g
ご住所 〒 -		
お電話 ご自宅： 携帯：		

◇本日は、どのような症状で来院されましたか？○で囲んでいただき、必要時にご記入ください

症状はいつからですか？（ 今日 昨日 おととい _____日前から よく覚えていない ）

【耳】（ 右 ・ 左 ・ 両 ）

痛い かゆい 耳だれ 聞こえにくい 耳のつまった感じ 音が響く

体重減少（ある ・ ない） 耳鳴り →どんな音ですか？例）キーン（ ）

【めまい】（ ある ・ ない ） → **あるの方はうら面にご記入ください**

【鼻】（ 右 ・ 左 ・ 両 ） ※コンタクトレンズご使用（ ある ・ ない ）

花粉症 くしゃみ 鼻水（みずっぱい） ・ 鼻水（ドロドロ） 鼻づまり 鼻血

後鼻漏（鼻水がのどに流れること） 頭が重い においがわからない 目のかゆみ

【のど・首】

痛い たん せき（乾いた） ・ せき（ゴロゴロ） 違和感 声がれ

食事が出来ない 息苦しい 首にしこりがある 胸焼け げっぷ いびき

【その他】（ ）

◇今までにかかったことのあるご病気、または現在治療中のご病気はありますか？

ない 喘息 糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 前立腺肥大 おたふくかぜ 緑内障 けいれん

その他（ ）

【家族歴】 ※ご家族の方で、上記の病名にかかったこと、治療中の病気があれば、ご記入ください

ない ・ ある（ ）

◇現在つかっているお薬はありますか？（ ない ・ あり ・ 手帳忘れ ） **お薬手帳を受付に提出してください**

※お薬手帳忘れの方は薬名をご記入ください（

◇アレルギーはありますか？（ ない ・ 薬 ・ 食べ物 ・ 動物 ・ 花粉 ） アレルギー検査希望（ ある ・ ない ）

何に対するアレルギーですか？（ ）

◇生活習慣についてお答えください

寝不足 疲れ ストレス 眼精疲労 日常の運動習慣（ ある ・ ない ）

※眼精疲労とお答えの方 長時間使用するものはありますか？（ ない ・ TV ・ スマホ ・ パソコン ）

◇たばこ： 吸わない ・ 吸う →（ ）本/日 ・ やめた →（ ）前まで（ ）本/日

◇お酒： 飲まない ・ 飲む →1日量（ ）

～女性の方へ～

◇妊娠中または授乳中ですか？ いいえ ・ はい →（ ）週 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

～よろしければ、ご記入ください～ ◇ふじい耳鼻咽喉科クリニックを知ったきっかけは何ですか？

ご紹介 _____さん ・ 看板 ・ ネット検索 ・ その他 _____

【めまい】 下記の質問について○で囲んでいただき、必要時にご記入ください ※複数回答可能

① どのようなめまいですか？

(ふわふわ浮遊する ・ ぐるぐる回転する ・ その他_____)

② めまいが起きた時のきっかけの動作は何でしたか？ (例：寝返りをうった時)

(_____)

③ めまいの時間はどれくらいですか？

(_____ 秒くらい ・ 数分 ・ 半日 ・ ずっと続いている ・ その他_____)

④ 下記の症状はありますか？

(ない ・ ある → 右耳 ・ 左耳 ・ 両耳)

(聞こえにくさ ・ 耳鳴 ・ 耳閉 ・ 頭痛 ・ 意識が遠くなった ・ 手足のしびれ)

⑤ めまいは今回が初めてですか？

(初めて ・ _____ 日ぶり ・ _____ 年前から ・ その他_____)

⑥ めまいは季節性や天候の影響を感じますか？

(感じない ・ 例年 _____ 月くらい ・ 梅雨や雨の時期 ・ その他_____)
