**日本橋茅場町耳鼻咽喉科を受診される方へ**

お名前　　　　　　　　　　　　　　　(　　歳)　体重　　　　㎏

|  |
| --- |
| **薬：ご希望の形状**シロップ・こな・錠剤 |
| **熱：無・有**　　　　　　　　**℃** |

ご住所〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・変更なし

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・変更なし

1. こんにちは。今日はどこが悪くて受診されましたか？

**耳：**(右・左・両方)

「痛い、痒い、耳垂れ、聞こえにくい、ふさがった感じ、鳴る、めまい、耳垢」

**鼻：**「くしゃみ、鼻水、鼻づまり(右・左・両方)、痒い、鼻が喉にまとわる、鼻血(右・左・両方)、

　匂いが分からない、鼻が臭い」

**のど：**「痛い、咳が出る、痰が絡む、かわく、つまる、声がかすれる、痰に血が混じる、食事が出来ない、

　いびきをかく、いつも口を開いている、睡眠中呼吸が止まる」

**花粉症：**希望の薬　　　　　　　　　　　　　・前回と同じ薬希望〈はい・変更希望〉

　　　　　希望の処方日数・本数(最大28日分)　〈のみ薬　　日分・点鼻　　本・目薬　　本〉

**その他：**(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

1. **いつ頃からですか？**
2. **手術をご希望ですか？**〈はい・必要があれば〉
3. **高血圧、心臓病、肝臓病(肝炎(B・C))、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息、甲状腺の病気、HIV、緑内障、などにかかったことがありますか？　(○をお付けください)・なし**
4. **過去手術を受けたことがありますか？　(いつ頃、どのような手術を受けられましたか？)**

(無・前回より変更なし・有　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

|  |
| --- |
| **※スタッフ記入欄** |
| **・情あり　・情なし****・市販　　・当院** |

1. **現在飲んでいるお薬がありましたら書いてください　・なし**

(病院、医院名)

(お薬)

1. **お薬で副作用が出たことがありますか？**

〈無・有(お薬)　　　　　　・(副作用)　　　　　　　〉

1. **使用できない薬剤はありますか？　・なし**

〈ヨード・キシロカイン・ステロイド・その他(　　　　　　　　　)〉

1. **卵アレルギーはありますか？**(無・有)
2. **タバコは吸いますか？**(吸わない・吸う　　本/、　　　　年間)
3. **コンタクトレンズ使用していますか？**　(無・有)
4. **妊娠中ですか？またその可能性はありますか？**　〈いいえ・はい　　　ヶ月〉
5. **授乳中ですか？**〈いいえ・はい〉

**その他(診療、治療に関するご希望がございましたらお書きください。)**

**ご協力ありがとうございました。**