

耳鼻咽喉科へ初めてかかる方へ

記入日： 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年月日	
	様	男・女	年 月 日(歳)	
ご住所			電話番号	
			携帯番号	
緊急連絡先	①氏名：	続柄：	携帯番号	
	②氏名：	続柄：	携帯番号	
お薬手帳へ処方内容のシール貼付を希望しますか？ いいえ ・ はい ※はいの方 → ・ 本日手帳発行希望 ・ 本日手帳を持参している ・ 手帳は持っているが本日は未持参 (※1回のシール貼付は、窓口負担が3割の方で9円、1割の方で3円かかります。)				
◎ 3ヶ月以内に沼田脳外病院または吾妻脳外で、診察や入院をしていましたか？ ◇ 沼田脳神経外科循環器科病院 → ☐ 入院 ☐ 定期診察 ☐ なし ◇ 吾妻脳神経外科循環器科 → ☐ 定期診察 ☐ なし				

【 下記の質問にお答えください 】

どの部位の診察を希望されますか？	1. 耳 2. 鼻 3. のど 4. その他
どのような症状ですか？	【 耳 】 ・ 耳漏 (右・左) ・ 難聴 (右・左) ・ 耳鳴り ・ 耳閉感 ・ めまい 【 鼻 】 ・ 鼻づまり ・ 鼻水 ・ 鼻出血 (右・左) 【 のど 】 ・ のどの痛み ・ 声がかすれる ・ つまる感じ ・ 熱っぽい 【 その他 】 ()
いつ頃からですか？	・ 今日 ・ () 日前から ・ () ヶ月前から ・ () 年前から
今までに耳・鼻・のどの病気をしたことがありますか？	・ アレルギー性鼻炎 ・ 中耳炎 (右・左) ・ 扁桃炎 ・ アデノイド ・ 花粉症 (例年症状が重いのは [] 月頃～ [] 月頃) ・ メニエール病 ・ 蓄膿症 (副鼻腔炎) ・ 鼻茸 ・ その他 ()
上記の病気で手術をしましたか？	・ いいえ ・ はい (いつ頃) (病院名)
現在、他の病院に通院していますか？	・ いいえ ・ はい (病院名・疾患名)
上記の病気で飲んでいる薬がありますか？	・ いいえ ・ はい (どんな薬)
お薬・食べ物・花粉などのアレルギーがありますか？	・ いいえ ・ はい (薬 食べ物 花粉症 その他)
お酒やたばこは飲みますか？	◇ お酒 飲まない・飲む (毎日・週 回) (量) ◇ たばこ 吸わない・吸う (1日 本)
体内に金属 (ペースメーカーなど) を入れる手術を受けた事がありますか？	・ いいえ ・ はい

体温 () 度

体重 () k g