

ふりがな
氏名

(中学生以下の方のみ)
体重 _____ Kg

生年月日 T S H R 年 月 日生

ご職業

住所 〒

携帯番号:

電話番号:

↓↓ 以下も必ずご記入をお願いします ↓↓

◆ 薬剤アレルギー: なし・あり→ (薬名 _____)

◆ アレルギー疾患: なし・あり→ 花粉症 / アレルギー性鼻炎 / アトピー性皮膚炎 /
気管支喘息 (小児期のみ / 現在も症状あり)

*以下に該当する方はチェックを入れ必ず記入してください

妊 娠 中: _____ ヶ月

授 乳 中: お子様の年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

↓↓ 診てもらいたい症状に○をつけてください ↓↓

◆ はな… 鼻水 鼻づまり 鼻血(右・左) くしゃみ

のど… 喉の痛み 喉違和感 喉の詰まった感じ 咳 痰

みみ… 耳の痛み 耳の痒み 耳だれ 耳垢

(右・左) めまい 耳鳴り 耳閉感 聞こえにくい
(両方)

ねつ… 熱(_____ °C) (最高で _____ °C)

*その他の症状(_____)

◆ その症状はいつ頃からですか? _____ 日前より または _____ 月ごろより

◆ 合併症 病名 (_____)

診察の際 医師に

お薬手帳

をご提示ください