

ふりがな お名前	年齢 歳	身長 cm	体重 kg
住所 〒		電話番号	

◆今日は、どうされましたか？（○で囲んで下さい）

難聴 耳鳴 耳閉 耳が痛い・かゆい

耳だれ くしゃみ 鼻水 鼻閉 鼻血

ノドの痛み・イガイガ セキ タン

声のかすれ 魚の骨がささった めまい

その他()

◆それは、いつ頃からですか？

()

◆現在、治療を受けている病気がありますか？

()

◆今、薬を飲んでいますか？（はい・いいえ）

◆大きな病気になったことがありますか？

（はい・いいえ）

◆副作用の出た薬はありますか？（はい・いいえ）

◆かぜ薬を飲んで眠くなりますか？（はい・いいえ）

◆タバコ：1日()本、お酒：1日()

◆妊娠中（はい・いいえ・わからない）

◆授乳中（はい・いいえ）