

耳鼻咽喉科

受診日： 年 月 日

氏名： 様 生年月日： 年 月 日 身長 cm / 体重 Kg

症状			
いつから			
場所(部位)	<input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> その他()		
今までの治療の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
かかった事がある、または治療中の病気	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 胃、十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 精神神経病 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> その他		
現在服用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬品名：	
薬や注射で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬品名：	
食品で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	食品名：	
本人へ病名告知して良いか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない		
月経	<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経		
最終生理(始)	月 日		
最終生理(終)	月 日		
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中		
煙草	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない	1日 本 年間	
酒類	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない	1日 ビール 本 清酒 合	