ふりがな	
名前	男・女 生年月日　　年　　月　　日
住所	〒
電話番号	

1、　今日はどのような症状で受診されましたか。

2、　その症状は、いつごろからありますか。

3、　その症状で、他の病院を受診したことがありますか。
あり（いつごろ：　　）　・　なし

4、　今までにかかった病気はありますか。
肝炎　　糖尿病　　高血圧　　喘息　　緑内障　　その他

5、　現在飲んでいる薬はありますか。下記に薬名をご記入下さい。
あり（薬名：　　）　・　なし

6、　今までに薬の副作用はありましたか。
あり（薬名：　　）　・　なし

7、１０歳以下のお子様へ
体重（　　Ｋｇ）

8、女性の方へ
妊娠している（妊娠　　）　・　授乳している　・　していない

ご協力ありがとうございました。　耳鼻咽喉科ヒロクリニック