

ふりがな					
氏名					
男 ・ 女					
生年月日		西暦		年 月 日 ( 才 )	
住所 〒					
携帯電話 ( )		固定電話 ( )			
e-mail					
身長		cm		体重 kg	
<p>※本日はどうされましたか？ 気になるところに○をして下さい。</p> <p>耳（右・左・両方）が・・・痛い・かゆい・聞こえにくい・耳垢・耳だれ</p> <p>鼻（右・左・両方）が・・・くしゃみ・鼻水が出る・つまる・出血する</p> <p>のどが・・・・・・・・・・痛い・たん・せきが出る・声枯れ</p> <p>消化器・・・・・・・・・・下痢・嘔吐・腹痛</p> <p>目がかゆい・目やにがでる・めまいがする</p> <p>熱がある（ . 度）、平熱（ . 度）</p> <p>その他（ )</p> <p>※いつからですか？ _____ から</p>					
<p>※以下の質問にお答え下さい</p> <p>マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ いいえ・はい</p> <p>現在処方されている薬はありますか？ いいえ・はい</p> <p>薬の名前（ )</p> <p style="background-color: #e0e0e0;">☆お薬手帳や薬の名前が明記されているものがありましたら受付にお見せ下さい</p> <p>ご希望のお薬の形状は、(錠剤、 散剤、 シロップ) 飲み方は、 分3可能 ・ 分2希望</p> <p>食物や薬などでアレルギーはありますか？ いいえ・はい（ )</p> <p>保育園や幼稚園に通園していますか？ いいえ・はい（保育園・幼稚園)</p> <p>コンタクトレンズを使いますか？ いいえ・はい</p> <p>これまでに大きなけがや病気にかかったことはありますか？ いいえ</p> <p>はい（ )</p> <p>今までに処置や局所麻酔などで体調が悪くなったことはありますか？ いいえ</p> <p>はい（ )</p>					
<p>※今までにかかった病気はありますか？</p> <p>中耳炎・副鼻腔炎（蓄膿症）・はしか・みずぼうそう・おたふくかぜ・風疹・突発性発疹・クループ</p> <p>熱性けいれん・気管支喘息・アトピー性皮膚炎</p> <p>その他（ )</p>					
<p>※入院や手術をしたことがありますか？</p> <p>ない・ある（病名や術式: )</p>					
<p>※当院はどうやってお知りになりましたか？</p> <p>1. インターネット検索</p> <p>2. 紹介者（ )</p> <p>3. ホームページ</p> <p>4. 家族が通っている</p> <p>5. 家や職場が近い</p> <p>6. その他（ )</p>					