

 北赤羽ファミリー耳鼻咽喉科

平成 年 月 日

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日	大・昭・平	年	月	日 (歳)
-------------	-------	------	-------	---	---	--------

- * いつからですか（ _____月 _____日から、 _____ヵ月前から、 _____年前から 、今朝から 、 _____から）
- * 困っている症状に○、特に困ってる症状に◎をつけて下さい（複数回答可）
・くしゃみ ・鼻水 ・鼻づまり ・目のかゆみ ・のどのかゆみ ・その他（ _____）
- * 原因としてわかっているものがあれば、○をつけてください。
・スギ ・ヒノキ ・カモガヤ ・ブタクサ ・ヨモギ ・ダニ ・ハウスダスト ・カビ
・その他（ _____）
- * これまで花粉症の治療に、使ったことのあるお薬についてお伺いします。
効果があったものに「◎」効果がいまひとつだったものに「△」をつけて下さい。
【内服薬】クラリチン ・ アレグラ ・ アレロック ・ ジルテック ・ エバステル ・ アレジオン
シングレア ・ オノン ・ セレスタミン ・ ザイザル ・ タリオン ・ キプレス ・ その他
【点眼薬】インタール点眼 ・ リボスチン点眼 ・ パタノール点眼 ・ フルメトロン点眼 ・ その他
【点鼻薬】インタール点鼻 ・ フルナーゼ点鼻 ・ ナゾネックス点鼻 ・ アラミスト点鼻 ・ その他
- * 目薬（点眼薬）は希望されますか？
希望する ・ 希望しない → 希望する方は、コンタクトレンズの使用の有無（ 有 ・ 無 ）
- * 他院で処方されている薬があれば、お薬手帳をお出し頂くか、ご記入ください。
（ _____）
- * 薬や麻酔（病院や歯科医院での）の注射のあとに具合が悪くなったことはありますか？
ない ・ ある → ある方は、ご記入ください。（いつ、薬剤、症状など）（ _____）
- * 薬、食物アレルギーなどありますか？
ない ・ ある → ある方は、ご記入ください。（いつ、薬剤・食物、症状など）（ _____）
- * 今までにご自身がかかった病気（継続して治療している病気）があれば○をつけてください。
ぜんそく・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・前立腺肥大・緑内障
その他（ _____）
- * 今までにご家族がかかった病気があれば記入してください。
どなた（ _____ ）が、病名（ _____ ）
- * たばこを吸いますか？
いいえ ・ はい（1日 本、年数 年）・昔（ 年前まで、1日 本、年数 年）
- * 飲酒の習慣はありますか？
いいえ ・ はい（毎日・週 日位、種類 _____、量 _____）
- * 女性の方のみお答え下さい
妊娠中ですか？
授乳中ですか？
いいえ ・ はい（現在 _____ 力月，出産予定日： _____ 月 _____ 日）
いいえ ・ はい
- * 来院されたきっかけは何ですか？
・ 知人・家族からのご紹介（ _____ ） ・ ホームページを見て ・ 通り道で ・ 広告を見て（パンフレット、チラシ）
・ 電柱看板 ・ タウンページ ・ 近いから ・ 当院かかりつけ（前に来たことがある） ・ その他（ _____）

ご記入いただきました個人情報、当院において適正に使用し、厳重に保管・処分いたします。