

医師記入	アデノ	+	-
	溶連菌	+	-
	インフル	A B	-

ふりがな _____ 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 男・女

お名前 _____ 歳 女性の方 妊娠中(月)・可能性有・授乳中

ご希望の薬の形 何でも飲める・粉・シロップ・錠剤・カプセル 体重 _____ kg

「初めてご来院の方」「住所・電話番号に変更がある方」のみ記入
住所 〒 _____

電話番号 () 携帯電話 ()

- ▼ 以下に当てはまる項目があれば○をしてください ▼
- 2~3日以内に平熱を超える発熱がある
 - 強いだるさ・息苦しさ・胸の痛み・下痢
 - 味覚がしない・においがしない ※通年性の方は診療できます
 - 新型コロナウイルス感染症と診断された方の濃厚接触者である
 - 同居家族や職場等に感染が疑われる人、または感染者がいる
 - 14日以内に海外から入国した、または入国者との濃厚接触者である

程度および重症度		くしゃみ発作*または鼻漏**				
		++++ 21回以上	+++ 11~20回	++ 6~10回	+ 1~5回	- +未満
具 閉	++++	1日中完全につま まっている				
	+++	鼻閉が非常に強 く口呼吸が1日の うちかなりの時間 ある				
	++	鼻閉が強口呼 吸が1日のうちど ききある				
	+	口呼吸は全くな いが鼻閉あり				
	-	鼻閉なし				

▼▼▼ 本日、診てほしい症状に○をしてください ▼▼▼

① **みみ** いつから? 日前
聞こえが悪い(右 左) 耳あか
つまった感じ(右 左) 痛い(右 左)
かゆい(外側 内側) 耳だれ(右 左)
耳鳴り(右 左) → **どんな音ですか?**

その他: _____

② **はな** いつから? 日前
鼻づまり(口呼吸: 時々・かなり・1日中)
鼻水(鼻をかむ回数: 1日約 回)
くしゃみ(1日約 回) 鼻出血(右 左)
においが分からない かゆい(中 外)
その他: _____

③ **のど** いつから? 日前
せき たん 痛い
口内炎 声のかすれ かゆい
その他: _____

④ **目** いつから? 日前
痛い(右 左) かゆい 目ヤニ(右 左)
その他: _____

⑤ **めまい** いつから? 日前
ぐるぐる回る ふわふわ浮く
その他: _____

⑥ **その他** いつから? 日前
頭痛 関節痛 いびき 禁煙外来
嘔吐 吐き気
その他: _____

⑦ **熱** なし あり
今日(°C) 昨夜(°C)
【熱性けいれん】 あり(歳のとき)

⑧ **花粉症・アレルギー**
●花粉症予防(現在は症状なし)
●抗アレルギー注射(イロピドリン・ポラリス) ※本日接種可
●アレルギー検査(3割負担: 約5,000円)
▷血液型検査追加(自費: 2,500円)
※別途要診療費 ※未就学児: 完全予約制
●レーザー手術相談 ※手術日: 完全予約制
▽▽▽アレルギー検査結果を要する治療▽▽▽

●舌下免疫療法(スギ・ダニ) ※5歳~保険適用
●ソレア(スギ花粉重症者向け抗アレルギー注射) ※12歳~保険適用
▷5年以内のアレルギー検査結果 ある・ない
※舌下/ソレア: 適用条件有ります。受付にご相談ください。

⑨ **薬や注射で具合が悪くなったこと**
なし あり → **薬・注射の名前を記入**

⑩ **既往歴** なし
高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病
喘息 甲状腺 気管支炎
緑内障 白内障 前立腺肥大
その他: _____

⑪ **服用中の薬** なし
あり → **お薬手帳を受付にご提出ください**
▼手帳を忘れた方は、薬の名前を記入(市販薬含む)

⑫ **診療明細書の発行** 不要
当院記入【薬情】次回持参・スキャン済