（ふりがな）　　記入日　　年　　月　　日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（生年月日）＿＿年＿＿月＿＿日＿＿才

（ご住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（電話）＿＿（　　）＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ご勤務先）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（電話）＿＿（　　）＿＿＿＿

☆下記の項目についてご記入、○をおつけください。

1. 今日はどうなさいましたか？（症状についてご記入ください。）

2. その症状はいつからですか？

3. 今までに、耳・鼻・のどの手術を受けたことはありますか？
　ない　・　ある（　当院　・　他の医療機関　　歳ごろ　）

4. 鼻の症状はありますか？
　（　なし　・　鼻がつまる　・　鼻水が出る　・　鼻血　・　その他　）
　（　両側　・　右側　・　左側　）

5. のどの症状はありますか？（　なし　・　のどが痛い　・　その他　）

6. 耳の症状はありますか？
　（　両側　・　右側　・　左側　）
　（　なし　・　よく聞こえない　・　耳だれ　・　耳が痛い　・　その他　）

7. いままでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？（　ない・ある　）
・高血圧　・糖尿病　・狭心症　・脳梗塞/脳出血　・アレルギー性鼻炎
・喘息　・アトピー性皮膚炎　・花粉症（スギ・ヒノキ・ブタクサ・不明）
・アスピリン喘息　・その他（　　）

8. 現在服用中の薬はありますか？
（　　）

9. 薬・食物のアレルギーはありますか？
　ない　・　ある　（　　）

10. たばこは吸いますか？お酒はのみますか？
たばこ　1日＿＿本＿＿歳から＿＿歳まで　お酒＿＿を1日＿＿杯程度

11. 妊娠中・授乳中ですか？
　いいえ・はい（妊娠　　週目　・　授乳中　）

年　月　日　お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当てはまる項目に○をお願い致します。

① 風邪をひきやすい（年に　　回くらい）……はい・いいえ・どちらでもない
② 頭が重いことが時々ある。……はい・いいえ・どちらでもない
③ よく頭痛がする。……はい・いいえ・どちらでもない
④ 集中力が続かない。……はい・いいえ・どちらでもない
⑤ いびきをかく、いびきについて指摘された事がある。……はい・いいえ・どちらでもない
⑥ 寝ている時に呼吸が止まることがある。……はい・いいえ・どちらでもない
⑦ 夜、熟睡できない。……はい・いいえ・どちらでもない
⑧ 鼻から喉にかけて鼻水が流れることが多い。……はい・いいえ・どちらでもない
⑨ 眼の内側が重苦しい。……はい・いいえ・どちらでもない
⑩ 咳、たんが出やすい。……はい・いいえ・どちらでもない
⑪ のどに、異物感がある。……はい・いいえ・どちらでもない
⑫ 声がかれやすい。……はい・いいえ・どちらでもない
⑬ 朝起きると、のどが乾燥している。……はい・いいえ・どちらでもない
⑭ 人から鼻声と言われる。……はい・いいえ・どちらでもない
⑮ 歯が悪い。……はい・いいえ・どちらでもない
⑯ 口臭がある。……はい・いいえ・どちらでもない
⑰ 耳かきをよくする。……はい・いいえ・どちらでもない
⑱ テレビの音を大きくして聴く。……はい・いいえ・どちらでもない
⑲ 話し声が大きいと言われる。……はい・いいえ・どちらでもない
⑳ 歩くとふらつくことがある。……はい・いいえ・どちらでもない
㉑ めまいがすることがある。……はい・いいえ・どちらでもない
㉒ 飛行機に乗る、山に登るなど高い所へ行くと、耳がおかしくなりやすい。
……はい・いいえ・どちらでもない
㉓ 臭いを感じにくい。……はい・いいえ・どちらでもない
㉔ 春先に鼻水・くしゃみなど花粉症の症状が強くなる……はい・いいえ・どちらでもない

㉔で（はい）に○をした方、スギ花粉症の舌下免疫療法について説明を希望する
……はい・いいえ