

氏名 _____

体温 _____ °C

体重 _____ kg

◆本日の相談内容に○を付けてください。いつから（ _____ ）前から

耳（右・左）	・聞こえにくい ・痛い ・かゆい ・耳あか ・めまい ・耳から汁が出る ・ふさがった感じ ・耳鳴り ・その他（ _____ ）
鼻	・鼻づまり ・鼻水（水っぱな、ねばねば） ・くしゃみ ・頬が痛い（右・左） ・鼻水がのどに落ちてくる ・鼻が臭い ・鼻血（右・左） ・臭いがしない ・アレルギー性鼻炎（花粉症・1年中） ・その他（ _____ ）
口・のど 舌・首	・痛い ・タン・咳 ・声がかれる ・声が出にくい ・飲み込みにくい ・のどの違和感・味がしない ・腫れ（のど・首）・呼吸が苦しい ・その他 （ _____ ）
その他	・頭痛 ・発熱（ _____ °C） ・吐き気 ・腹痛 ・下痢 ・その他（ _____ ）

◆現在治療中の病気はありますか？ありましたらご記入ください。

いいえ・はい（服用中の薬 _____ ）

◆女性の方 妊娠中または授乳中ですか？ いいえ・はい