

クリニック記載

受付番号欄
°C
kg

再診の場合

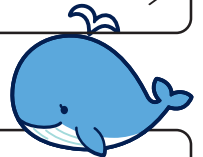
氏名	フリガナ	患者番号	
<b>再診理由</b> <input type="checkbox"/> 医師の指示 <input type="checkbox"/> 治らない・ぶりがえした <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> 別の症状 (下部症状の欄にご記入ください)			



初診の場合

氏名	フリガナ	男・女	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和
住所	〒 □□□□-□□□□ 都道府県 市区郡	男・女	年 月 日 ( ) 才
		電話番号	自宅 - - 携帯 - -
<b>既往歴 (今までにかかった病気)</b> <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 妊娠中・授乳中 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 (医師に伝えるべき持病、膠原病・悪性疾患等) (                      )			
<b>現在飲んでいるお薬はありますか。(お薬手帳は診察の際にご提出ください。その場合は薬名の記入不用です。)</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> お薬手帳あり      薬名 (                      )			
<b>飲酒・喫煙の有無</b> <b>飲酒</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> やめた <b>喫煙</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> やめた			
<b>薬や食べ物、麻酔薬等のアレルギーがありますか?</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある                      食品・薬剤名 (                      )			

症状



みみ (左・右)	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 耳だれ <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳垢 <input type="checkbox"/> 痒み
はな	<input type="checkbox"/> 痛みや頭重 <input type="checkbox"/> 鼻がつまる <input type="checkbox"/> 鼻水 (透明・黄色) <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 臭いがしない <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 鼻血
のど	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 声がかれる・でない <input type="checkbox"/> 咳たん <input type="checkbox"/> むせる・のみにくい
その他	<input type="checkbox"/> 頸部の腫れ <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 異物 (みみ・はな・のど) <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> その他 (                      )

## 処置

- 耳**                    耳処置 (左・右) 通気 (左・右) 鼓室処置 (左・右) 耳垢複雑 (左・右)  
鼓膜切開 (左・右) チューブ留置 (左・右) イオント (左・右) 耳介血腫 (左・右)  
創傷処置 (左・右) 外耳道異物複雑 (左・右)
- 鼻**                    鼻処置 鼻出血止血 (左・右) 鼻腔粘膜焼灼術 (左・右) ネブライザー  
副鼻腔処置 鼻異物 (左・右)
- 咽喉頭・頸部**      口処置 咽頭処置 ネブライザー 咽頭異物単純

## 検査

- 耳**                    CT 標準純音 簡易聴検 ティンパノ SR( 語音・SISI は補聴器外来日 )  
平衡機能 赤外線眼振 重心動揺計 耳ファイバー
- 鼻**                    レ線 CT アリナミンテスト 鼻ファイバー
- 咽喉頭・頸部**      ファイバー エコー 嚥下内視鏡検査
- 採血**                院内 (                    ) 外注 (                    )
- 菌検査・迅速検査** 耳菌検査 鼻腔咽頭 インフルエンザ 溶連菌 アデノ 淋菌、クラミジア

## 点滴

- 炎症**                ロセフィン (1-2g)+生食 100ml ソル・コーテフ 100mg  
クリンダマイシン 600mg
- めまい**            メイロン 2A プリンペラン 1A ソルデム 3 A200ml+アデホス 1A
- 難聴**                プレドニン (40-60mg)+生食 100ml
- 補液**                KN1 号 200ml 生食 250ml