

問 診 票

お名前 なまえ	様	男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
			住所	〒	自宅	()
			携帯	()		
現在の体温は？ ()℃		最近発熱しましたか？ ()℃ () 日前)			身長 cm	体重 kg
症状はいつからですか？		・今日から ・昨日から ・() 日前から ・() 週間前から ・() カ月前から ・それ以前				
耳 右・左・両方	・かゆみ ・痛み ・耳だれ ・聞こえにくい ・めまい ・耳鳴 ・詰まる感じ ・響く感じ ・耳垢掃除 ・異物が入った ・耳の下が腫れている ・その他 ()					
鼻	・鼻汁 (透明 黄色 緑色 血が混じる) ・鼻づまり ・くしゃみ ・鼻血 ・鼻水が喉におりる ・においがしない 分かりにくい ・頬が痛い ・異物が入った ・その他 ()					
のど・口	・痛い ・痰 ・咳 ・声がかれる ・つかえる ・異物感 ・いびき ・息苦しい ・口内炎 ・味がしない ・その他 ()					
その他	・頭痛 ・目のかゆみ (コンタクト ・あり ・なし)					

- 今までにかかった 又は 現在治療中の病気はありますか？ ・ある ・なし
 ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・脳疾患 ・肝臓病 ・その他 ()
- 現在飲んでいるお薬はありますか？ ・はい → お薬手帳をお持ちの方はお願いします。
 ・いいえ
- お薬や食べ物で、アレルギーがありますか？
 ・はい ()
 ・いいえ
- 女性の方のみ 現在、妊娠中 もしくは 授乳中ですか？
 ・はい → 妊娠中 ・ 授乳中 ・いいえ
- コロナワクチンは接種しましたか？
 ・はい → ・1回 ・2回 ・3回 (ワクチン会社名)
 ・いいえ
- コロナウイルスに感染している患者さんと1週間以内に接触はありますか？ ・はい ・いいえ
- インフルエンザウイルスに感染している患者さんとの接触はありますか？ ・はい ・いいえ
- 次の疾患はありますか？
 ・高血圧 ・糖尿病 ・脂質異常症 ・慢性腎臓病 ・悪性腫瘍
 ・慢性閉塞性肺疾患 (COPD) ・喫煙歴
- 免疫抑制剤、抗がん剤を使用していますか？ ・はい ・いいえ
- 当院をどのようにお知りになりましたか？
 ・インターネット ・看板 ・電柱 ・紹介状 ・クチコミ ・その他 ()

ご協力ありがとうございます