

記入年月日： 年 月 日

問診票

フリガナ

氏名： _____ 男・女 生年月日 T/S/H/R 年 月 日

住所：〒 _____

自宅 TEL： _____ 勤務先 TEL： _____ 体重（15歳以下の方） kg

携帯 TEL： _____

*症状はいつからですか？(_____)

・今日はどのような症状で来られましたか？下記に○印をつけて下さい。

耳	鼻	のど	その他
耳あかがつまっている	痛みがある	痛みがある	花粉症
痛みがある(左・右)	鼻が出る	声がかすれる	目がかゆい
みみだれが出る(左・右)	鼻が詰まる	咳が出る	メマイがする
耳鳴りがする(左・右)	くしゃみがひどい	痰がからむ	フワフワ感がある
かゆみがある(左・右)	鼻血がでる(左・右)	つまった感じがする	吐き気がする
聞こえにくい(左・右)	できものがある	いびきがひどい	頭痛がする
つまった感じがする(左・右)	ニオイがわかりにくい	無呼吸があるといわれる	熱がある(_____ ℃)
*新型コロナに感染した方(疑いのある方)との接触(ある・ない)		*新型コロナに感染したことがありますか？	
*集団感染リスクの高い所への立ち入り(ある・ない)		(ある・ない)	

・現在、なにか薬を飲んでいますか？

いいえ・はい→クスリの名前(_____)

・現在、治療中のご病気はありますか？

いいえ・はい→病名(_____)

・過去に大きなご病気をされたことがありますか？

いいえ・はい→病名(_____)

・次のようなご病気をされたことがありますか？

胃十二指腸潰瘍、糖尿病、心臓病、腎臓病、肝機能障害、喘息、結核、緑内障、白内障、前立腺肥大

*これまで身体に合わなかったのみ薬や注射、食品はありますか？(蕁麻疹が出た、など)

いいえ・はい 薬品名(_____)

食品名(_____)

・嗜好について

タバコ数 1日(_____)本 以前に喫煙されていた方 1日 _____ 本 年前まで

飲酒量(_____)/日 以前に飲酒されていた方(_____)/日

*女性の方にお伺いいたします

現在、妊娠の可能性はありますか？(はい・いいえ) 妊娠されていますか？(_____)週

現在、授乳中ですか？(はい・いいえ)

*クリニックを何で知りましたか？

[看板、インターネット、チラシ、近くで勤務、知人の紹介(_____ さま)、その他 _____]