

記入年月日： 年 月 日

フリガナ

問診票

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(_____ ℃)
		魚の骨(種類： _____)	

※新型コロナに感染したことがありますか？(ある・ない)→ある場合 (いつ? _____)

※1週間以内にコロナの検査を受けましたか？(はい・いいえ)→はいの場合(PCR・抗原検査) (いつ? _____ 結果→ _____)

・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 _____]