

# 問 診 票

|      |   |   |       |             |
|------|---|---|-------|-------------|
| フリガナ |   |   | 男 ・ 女 | 体重          |
| お名前  |   | 歳 |       | kg          |
| ご住所  | 〒 |   |       | (15歳未満の方のみ) |
| 電話番号 |   |   |       |             |

※住所・電話番号は変更がなければ結構です。

◆今日はどこがお困りですか？

右耳 ・ 左耳 ・ 両耳

耳

耳あか 痛い かゆい 耳だれ 聞こえにくい  
ふさがった感じ ・ 耳鳴り めまい (ぐるぐる ふわふわ どちらでもない)

鼻

くしゃみ 鼻水 鼻づまり かゆい 鼻水がのどにまわる くさい  
においが分からない 鼻血 ( 右 ・ 左 ・ 両方、最後に出了のが 頃)

のど

痛い 違和感 たん かかわく つまる 声のかすれ 味が分からない  
咳 ( 時々 ・ 朝 ・ 日中 ・ 夜 ・ 一日中 ) いびき いつも口を開いている

全身

熱 ( \_\_\_\_\_℃ )

おうと ( 頃 ) 吐き気 下痢 ( 水下痢 ・ 少しゆるい )  
頭痛 だるい 息苦しい

◆それはいつからですか？ \_\_\_\_\_頃から

◆1ヶ月以内にコロナウイルスに感染しましたか？ ( いいえ ・ はい )

[検査] 当院 ・ 自己 ・ 他院 ( 病院名 : \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 陽性

◆1ヶ月以内にコロナウイルスの検査以外で他院で陽性が出たものがあれば教えてください。

他院 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 病名 : \_\_\_\_\_

◆2週間以内に飲んでいるお薬はありますか？ ( 無 ・ 有 ) ◆お薬手帳 ( 無 ・ 有 ・ アプリ )  
病院名 \_\_\_\_\_ \*お薬手帳、処方箋がありましたらお出してください。

服用中のお薬 \_\_\_\_\_

◆妊娠中ですか？ はい【妊娠 ヶ月】【出産予定日R 年 月 日】・いいえ ・ 分からない

◆授乳中ですか？ はい【お子様の月齢 歳 ヶ月】・いいえ

☐

変わりなし (これより下の項目で前回とお変わりなければ☑してください)

◆今までに下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか？ (○をつけてください)

無 ・ 有 : アトピー性皮膚炎、喘息、高血圧、高脂血症、心臓病、肝臓病、肝炎 (B・C)  
糖尿病、甲状腺疾患、前立腺、緑内障、その他 ( )

◆過去に手術を受けたことがありますか？

無 ・ 有 : \_\_\_\_\_歳頃、手術名 : \_\_\_\_\_

◆お薬で副作用はありますか？ 無 ・ 有 : お薬名 : \_\_\_\_\_ 症状 : \_\_\_\_\_

◆タバコは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う ( 本/日、 年間 ) [成人の方のみ]

◆その他に診察、治療に関するご相談がありましたらお書きください。