

【 問 診 票 】

※すべてお答えください。**未記入欄があると診察の順番が後回しになります。**※

・当院を受診したことがありますか？ (はい ・ いいえ)

・検査希望ですか？→ はい ・ いいえ ・ 医師に相談したい

・どの検査を希望しますか？→ PCR検査・インフルエンザ検査・その他 ()

・新型コロナウイルスの濃厚接触者ですか？ (はい ・ いいえ)

・現在の体温は？ °C

フリガナ	男	電話番号 (未成年者は保護者の連絡先)
お名前	女	(携帯) - - (自宅) - -
住所 〒 -		生年月日 (年齢 歳) T・S・H・R 年 月 日

・本日ご受診が**13歳未満のお子様の場合**、必ず記入してください。

体重	希望服用回数	薬の希望剤型	熱性けいれんの経験
kg	2回 ・ 3回	粉 ・ シロップ ・ 錠	無 ・ 有 (歳)

・いつからの症状ですか？ 日前から

・本日の症状を教えてください。 該当する症状すべてに○を付けてください。

耳	鼻	のど	その他
・耳だれ (両・左・右) ・痛み (両・左・右) ・聞こえの悪さ (両・左・右) ・耳が詰まった感じ (両・左・右) ・耳鳴り (両・左・右) ・その他の症状 ()	・鼻水 ・鼻吸い ・鼻づまり ・鼻血 ・くしゃみ ・匂いがわからない ・アレルギー検査希望 ・その他の症状 ()	・痛み ・咳 ・たん ・声かすれ ・違和感 ・飲み込み時の痛み ・口が乾く ・その他の症状 ()	・頭痛 ・倦怠感 (だるさ) 他に症状がある場合、下記にご記入ください (例) 発熱 (昨夜38℃、現在37.2℃)

お薬を服用して具合が悪くなったことがありますか？	はい → (お薬名 _____) いいえ (症状 _____)
--------------------------	------------------------------------

現在、治療中の病気はありますか？ (下記の該当する病名にすべて○をつけてください。)

・肝炎 ・ 糖尿病 ・ コレステロール ・ 緑内障 ・ 高血圧 ・ 前立腺肥大 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 胃潰瘍
 ・ 副鼻腔炎 ・ その他 () ・ なし

喫煙者ですか？	はい → (1日 本 年間) いいえ ・ 禁煙した
---------	------------------------------

お酒を飲みますか？	はい → (1日 杯 毎日・時々・月に2・3回) いいえ (お酒の種類 _____)
-----------	---

現在、妊娠中ですか？	はい → (妊娠 ヶ月) いいえ
------------	---------------------

現在、授乳中ですか？	はい いいえ
------------	-----------

裏面も必ずご記入お願い致します。