

ID() 問 診 表 令和 年 月 日

フリガナ:	性別	生年月日			
お名前:	男・女	大正・昭和 平成・令和	年	月	日 歳
郵便番号 (-)	ご住所:		自 宅 ()	-	
			携 帯 番 号 ()	-	
	実 測	度	体 重	Kg	

☆ 今日はどこを診察してほしいですか？

耳 鼻 のど 口の中 くび

☆ いつからどのような症状がありますか？

いつ頃からですか？ → []

どのような症状ですか？ → []

☆ 現在治療中の病気がありましたら教えてください。

高血圧・糖尿病・喘息・高脂血症・心臓病・脳梗塞・胃の病気・その他 []

☆ 他の病院から処方のお薬があれば、お薬手帳を提出して下さい。無ければ、お薬名を記入して下さい。

お薬名 → []

☆ 薬や食べ物で体に合わないものがありますか？ → [ある ・ ない ・ 不明]

薬 [] 食べ物 [] その他 []

☆ 体の中に金属やペースメーカーがはいってますか？ → [ある ・ ない]

☆ 歯科などで麻酔を受けたことがありますか？ → [ある ・ ない]

☆ たばこを吸いますか？ → [吸う → (1日に 本) ・ 吸わない]

☆ お酒を飲みますか？ → [飲む → (1日に を ml) ・ 飲まない]

★ 1週間以内に37.5度以上の発熱がありましたか？ → [ある ・ ない]

★ いつも以上の倦怠感、頭痛や関節痛がある。 → [ある ・ ない]

★ 味覚症状(味が違う)、嗅覚症状(においがしない)がある。 → [ある ・ ない]

★ 咳、のどの痛みがある。 → [ある ・ ない]

★ 2週間以内に、家族、同僚や友人など、身近な人に新型コロナウイルス陽性者がいた。 → [いた ・ いない]

☆ 女性の方へ 妊 娠 → ・ している(カ月) ・ していない ・ 可能性あり
授 乳 → ・ している ・ していない