

ID() 問 診 票 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 (-)	自 宅 ()		-	
ご住所:	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？ → ()

☆ 今までに、新型コロナウイルスにかかったことがありますか？ → はい (R 年 月) ・ いいえ

☆ 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？ → (はい ・ いいえ)

☆ 歯科などで麻酔を受けたことがありますか？ → (はい ・ いいえ)

☆ 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？ → (はい → (月 日に ____℃) ・ いいえ)

★ いつも以上の倦怠感、頭痛や関節痛がある。 → (ある → (頭痛・倦怠感・関節痛) ・ ない)

★ 味覚症状(味が違う)・嗅覚症状(においがしない) → (ある → (味覚・嗅覚) ・ ない)

★ 咳、のどの痛みがある。 → (ある → (咳・のど痛) ・ ない)

★ 2週間以内に、新型コロナ陽性者との接触があった → (はい → ()
い いいえ)

☆ 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