

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	℃	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？ → ( )

☆ 今迄に、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入っていますか？ → ( 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 → ( )  
いいえ ( ) )

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

授 乳 → ・ している ・ していない