

ID( )

## 問診票

月

日 医療法人いしべ耳鼻咽喉科

電話または携帯番号			
フリガナ		男	年齢( )歳
お名前:		女	12歳以下の方は体重( )kg
		いつごろからの症状ですか? ( )日前 ( )ヶ月前 ( )年前から	
当てはまる症状に○印を、いちばん困っている症状に◎をつけてください。			
耳	右	痛み かゆみ 耳あか 聞こえにくい 耳だれ 耳鳴り つまる めまい	
	左		
鼻	右	くしゃみ 鼻水 鼻づまり 匂わない 鼻血 いびき 花粉症予防	
	左		
のど	痛み せき 声がれ のどがつまる 食事がとりにくい たん		
その他の症状について: 味がわからない 目がかゆい 吐き気 下痢 腹痛 頭			
上記以外の症状がありましたら具体的にご記入ください( )			
現在の熱	ない ある( )℃ 8歳以下の方へ…………… 熱性けいれんが( なかった あった )		

1週間以内の37度以上の熱( ない・ある 月 日 ~ 月 日まで °C発熱)

家族・職場で風邪症状のある人がいますか?( いない・いる )

2週間以内に東京・大阪など新型コロナ多発地域に行ったことがありますか( ない・ある)

2週間以内に飲み会・カラオケ・イベント等にマスクなしで参加がありましたか( ない・ある)

今までかかった病名に○をつけて下さい。該当がない場合は[ない]に○をつけてください。  [ない]	高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 胃潰瘍 喘息 高脂血症 中耳炎 アレルギー性鼻炎 副鼻腔炎 肝炎(B C) その他の病気[ ]
	他院で処方されたお薬を飲んでいますか? [いいえ] [はい] 本日、おくすり手帳を持ってきていますか? [いいえ] [はい] おくすり手帳がない方へ 今飲んでいるお薬を記入してください。 [ ]
今までに薬や注射で気分が悪くなったり発疹やショックをおこしたことがありますか [ない] [ある (薬・注射の名前 )]	
女性の方へ	・妊娠していますか? [いいえ] [はい ( )週・予定日 月 日] [わからない] 最終生理初日 月 日 ・授乳中ですか? [いいえ] [はい]

医師に相談したいことがありましたら御記入下さい