

# 耳鼻咽喉科 問診表

ID:			
	登録	問診	
済			
裏			代筆者

※カタカナでご記入願いたします。

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

※下記の質問にご回答ください。(初めてのの方は診療申込書もご記入ください)  
代筆においても、問診に虚偽内容があった場合は、次回以降の診療をお断りさせて頂く場合がございます。予めご了承ください。

※当院では新型コロナウイルスに関するPCR検査は行っておりません。

※院内では、感染予防の為、必ずマスクの着用をお願い致します。

(小学生以下の方) 体重	kg	診察前体温	℃	同伴者体温	℃
● 過去5日間以内に発熱はありましたか (37.5℃以上、または平熱より1℃高い)		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
			月	日	から
○ 発熱やのどの痛み、その他風邪症状は4日以上続いていますか⇒		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
○ 発症日から5日間以内に新型コロナウイルス感染者と接触した		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
○ 新型コロナウイルス感染症と診断されたことがある (令和 年 月 日)		<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

症状	いつから、どのような
	月 日から

現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい

いいえ はい → : お薬手帳 あり なし

今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

いいえ はい → 薬剤名: \_\_\_\_\_

はい → アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

今までに大きな病気にかかったことはありますか。(がん、けいれん、喘息、先天性疾患など)

いいえ はい → :

女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい ( 週目) 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

※妊娠中の方(可能性あり含む)、授乳中の方は、検査やお薬に制限が出る場合がございます。

ここからは成人の方のみご回答下さい

喫煙歴について 喫煙はしない

喫煙をしている。( 1日 本 年間くらい)

以前喫煙をしていた。( 1日 本 年間くらい)

飲酒について 飲酒の習慣はない。

飲酒の習慣がある。(頻度 ほぼ毎日 週に 回くらい)

ご記入ありがとうございました。