

問診表

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
男・女	職業：
※体重： k g	※ 妊娠中 (ヶ月) ・授乳中 (お子様 ヶ月) ・ いいえ ・ 可能性がある
生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日 (才)
住所 〒 -	※受診された事があり住所変更がない場合は記入不要です
電話番号 ()	携帯番号 ()

※症状はいつからですか？

_____ 日前から _____ 週間前から _____ ヶ月前から _____ 年前から

★本日はどのような症状で受診されますか？ あてはまるところに○をしてください（複数可）

* 耳 (右 ・ 左 ・ 両方) …きこえにくい ・ つまった感じ ・ ひびく感じ ・ 水が入った感じ ・ 耳鳴 ・ 痛み
耳だれ ・ かゆみ ・ 耳あか

* 鼻 (右 ・ 左 ・ 両方) …くしゃみ ・ 鼻水 (水様 ・ 黄色) ・ 鼻づまり ・ 鼻血 ・ 痛み ・ できもの

* のど・舌…痛み ・ 声枯れ ・ せき ・ たん ・ 違和感 ・ 魚骨などの異物感 ・ 味がわからない ・ 口内炎

* その他の症状・気になる症状

()

*新型コロナウイルス関連問診 ※ご記入をお願いいたします

・発熱 (日から 日間 最高体温 ℃) ・味覚・嗅覚の異常はありますか (あり ・ なし)

・咳・喉の痛みはありますか (咳症状 あり ・ なし) (喉の痛み あり ・ なし)

・人が多く集まる場所や会合などに最近行かれましたか (はい ・ いいえ)

・新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか (あり ・ なし)

※新型コロナウイルスに関する症状や気になる症状がある場合は記入してください※

()

★以下の質問にお答えください

* 普段運転されますか？ (車 ・ バイク ・ 自転車) する ・ しない

* 飲酒しますか (いいえ ・ はい 1日 _____ 合)

* 喫煙されますか (いいえ ・ はい 1日 _____ 本 _____ 年間)

* 今までにかかった事がある又は治療中の病気に○をしてください : 下記にない場合はその他に記入してください

緑内障 ・ 不整脈 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 甲状腺疾患 (バセドウ・橋本病・その他) ・ 喘息

その他 ()

【アレルギーについての質問】

* 薬・注射のアレルギーはございますか？ いいえ ・ はい お薬のお名前： ()

* 食物でアレルギーはございますか？ いいえ ・ はい 食物のお名前： ()

* 金属アレルギーはございますか？ いいえ ・ はい

※当院をどうやってお知りになりましたか？

1. インターネット 2. ホームページ 3. 広告 4. 家族が通っている 5. 知人の紹介

6. 他院からの紹介 () 7. その他 ()

ご協力ありがとうございました。問診表を受付にお渡しください。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック