

## 問 診 表

フリガナ			性別	男・女
氏名				
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
住所	〒 -			
電話番号	(携帯) - -	(自宅) - -		
体重	(12歳以下のお子様のみ)	kg	体温	℃ 腋下
コロナ感染症にかかったことがありますか？ ない・ある ⇒ 年 月				

どこが	いつから	どのように
I 耳が		1) 痛い 右・左 2) 耳だれが出る 右・左 3) 聞こえにくい 右・左 4) つまった感じ 右・左 5) かゆい 右・左 6) 耳鳴りがする 右・左 7) 耳垢 右・左
II 鼻が		1) つまる 2) かゆい、くしゃみができる 3) 鼻水が出る 色のついた・透明な 4) あれている 5) 痛い 6) 鼻血(右・左) 7) アレルギー性鼻炎
III のどが		1) 痛い 2) イガイガする 3) つかえた、つまった感じがする 4) 咳が出る から咳・痰の絡んだ 5) 痰が出る 6) 声が出にくい 7) 声がかすれる
IV めまいがする		1) フワフワとした 常に・頭を動かすと 2) グルグルとした 常に・頭を動かすと 3) その他 ( )
V 顔や首にはれ物 や違和感がある		どこに ( ) どのような ( )
VI その他		腫れもの (詳細 )、痛み (詳細 ) 目のかゆみ
VII 発熱		最高体温 °C(いつ ) 濃厚接触 コロナ・インフルエンザ (同居・その他) 検査希望 コロナ・インフルエンザ
VIII 検診		3歳児検診・学校検診・職場健診 症状 なし・あり

## 2. 今までに下記のような病気をしたことがありますか？

- 1) 高血圧 2) 高脂血症 3) 糖尿病 4) 胃・十二指腸潰瘍 5) 心臓病 6) 肝炎 7) 癌 8) 喘息  
9) 緑内障 10) 前立せん肥大 11) その他 ( )

## 3. 今、使用されている薬はありますか？ (内服薬、点鼻薬、点眼薬など)

- I ある … お薬手帳をお持ちでしたら、受付にお渡してください。  
分ければ薬の名前を教えてください ( )
- II ない

## 4. 食べ物や薬のアレルギーがありますか？

- I ある … 具体的に教えてください ( )
- II ない

## 5. お酒は飲みますか？

- I 飲む … 1日に( )、毎日でない方は週に( )
- II 飲まない

## 7. タバコは吸いますか？

- I 吸う … 1日に( )本
- II 吸わない III やめた … 過去に吸っていた期間 ( 年・カ月前まで 本 × 年)

## 8. (女性の方だけ)妊娠または授乳について

- I 妊娠 1) している (妊娠期間 週・月) 2) していない 3) 可能性がある
- II 授乳 1) している 2) していない