

問診票

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		体温	腋下	度
体重	kg (40kg以下の方のみ)	(女性の方へ) 妊娠中(可能性含む)		授乳中

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

鼻	日前～ 鼻水(透明・黄緑)・鼻づまり・くしゃみ・かゆみ・鼻血(左・右)・痛い・荒れている
耳	日前～ 痛い(左・右)・耳垂れ(左・右)・かゆみ(左・右)・聞こえにくい(左・右)・詰まった感じ(左・右)・耳そうじ・耳鳴り(左・右)⇒どんな音()
のど	日前～ 違和感がある・痛い・イガイガする・つかえた感じ・声がかすれる・ガラガラ声・声が出ない
咳	日前～ 空咳・痰の絡んだ咳・喘息
めまい	日前～ フワフワしためまい・グルグルしためまい ⇒ 常に・頭を動かすとき・寝ているとき
その他	日前～ どこ 症状

アレルギー症状 ⇒ まだ出ていない(薬希望)・出ている

アレルギーで上記以外の症状 日前～ ()

アレルギーの検査・舌下免疫療法・レーザー手術について説明を聞きたい。

服用している薬 ない・ある ⇒ 市販薬・他の病院の処方薬

薬の名前 ()

お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします

検診	3歳児検診・学校検診書類持参・職場健診	症状	なし・あり
----	---------------------	----	-------

発熱	日前～ 最高体温	度 (いつ)
----	----------	---------

コロナ/インフルエンザ検査 していない・した ⇒ いつ 陽性・陰性

2週間以内にコロナ/インフルエンザ感染者との濃厚接触はありましたか？

なし・あり ⇒ いつ どなた 同居家族・学校・会社

発熱外来(コロナ/インフルエンザの検査)をご希望されますか？ いいえ・はい