

お名前 (カタカナ)	年齢	性別
	歳	男・女

<input type="checkbox"/> ERIより確認済	<input type="checkbox"/> 新患
医事課記入欄：	

## 耳鼻咽喉科 問診票

※下記の質問に全てご回答下さい。

【重要】新型コロナウイルス関係のご質問にお答えください。

○高熱、だるさ、息苦しさなどの症状はございますか。 ※解熱剤を飲み続けている方も同様です。（ 月 日から）	はい・いいえ
○下記(※)のいずれかに当てはまる方で発熱や咳などの比較的軽い風邪症状はございますか。 ※高齢者(65歳以上)/糖尿病・心不全/呼吸器疾患(COPD等)の基礎疾患のある方 透析を受けている方/妊娠されている方/免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方 ※下記に数日間の最高熱が何度であったかご記入ください。 3日前（ °C） 2日前（ °C） 1日前（ °C） 本日（ °C）	はい・いいえ
○37.5度以上の発熱が4日以内に一度でもございましたか。	はい・いいえ
○味覚及び嗅覚に関して、異常を感じることはございますか。	はい・いいえ
○同伴者様に上記の症状はございますか。	はい・いいえ

◎（小学生以下の方）体重 . kg ◎診察前体温 . °C

1.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：

アナフィラキシー(けいれんやショック状態)

ある

ない

卵・牛乳のアレルギー

いいえ

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

2.いつ頃からどのような症状でお困りですか。（詳細は診察室でお話下さい。）

いつ頃からですか。 \_\_\_\_\_

どのような症状ですか。 \_\_\_\_\_

症状が出ている部位はどちらですか。 \_\_\_\_\_

3.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受付でご提示下さい。

いいえ

はい →

お薬手帳

あり

なし

お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入してください。

いいえ

はい →

粉末

錠剤

シロップ

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

いいえ

はい →

5.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

いいえ

はい

可能性あり

授乳中ですか

いいえ

はい

ここからは成人の方のみご回答下さい

6.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）

7.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。お手数ですが、受付までご提出願います。