

はじめて受診される方へ

令和 年 月 日

(ふりがな)

おなまえ

(才)

電話番号

ご住所

どこがわるいか○印をおつけください (いくつでも)

みみ (左 右)	はな	のど	その他
耳がかゆい	はながつまる	のどがいたい	顔面マヒ
耳がいたい	はな水がおおい	舌が痛い	目がかゆい
耳だれがでる	くしゃみ	こえがれ	熱がある
きこえにくい	においにくい	こえをだしにくい	食事がとれない
みみなりがする	はな血	せき	はきけ
めまいがする	頭がおもい、いたい	たん	はれ (腫れ) がある
耳のつまる感じ	のどにはな水がおいる	のどに何かあるよ	いびき
耳をさわる	ほほが痛い	うな感じがする	肩こり
耳あか		味がわかりにくい	下痢
		のみこみにくい	不眠
		いきぐるしい	

花粉症予防、学校検診、補聴器相談、アレルギー抗原検査希望、その他

いつごろから症状がありましたか

() 日前から () 週前から () 月前から () 年前から

おたずねします ○印をおつけください

注射やのみぐすりで、気分が悪くなったり、発疹が出たり、ショックをおこしたことがありますか。 ある ・ ない

食物のアレルギー (卵・牛乳) ある ・ ない

つぎの病気はありますか、または以前ありましたか。

糖尿病、高血圧、不整脈、肝臓病 (B型肝炎・C型肝炎)、胃・十二指腸潰瘍、花粉症
アトピー性皮膚炎、喘息、前立腺肥大症、緑内障、その他の病気 ()

タバコ (すう・すわない) お酒 (のむ・のまない)

他の病院でもらっている薬 ある ・ ない

(ありの方)

こな薬 (のめる・のめない) シロップ (のめる・のめない)

錠剤・カプセル (のめる・のめない)

いままで手術を受けたことがありますか。 ある ・ ない

ありの方→手術名 () 年 月 (年 日)

妊娠 なし ・ あり ・ 不明 (月) 授乳 あり ・ なし

体重 (こどもさん) kg 診療明細書発行 要・不要

記入者

問診票

～ご記入後、受付または病院スタッフへ提出ください～

1.以下の症状で該当するものにチェックしてください（複数可）。

発熱（37.5℃以上） _____日から_____日間 最高体温_____℃

熱が出るので解熱剤で対応している _____日から_____日間

のどが痛い せきができる 痰ができる 息苦しい 体がだるい

嗅覚がない 味覚がない

2.新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触（のうこうせつしょく）がありましたか

なし あり

感染者と同居、車内や航空機内等で、2メートル以内での長い時間の会話

マスクや手袋などの个人防护服なしで感染者の看護・介護をしていた。

感染が疑われる者の気道分泌物、体液等に直接接触した。

3. 今回の症状が出る前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している地域に
いききましたか

なし あり

国内：県、市名（ ） 外国：国名（ ）

4. 最近、スポーツクラブ、介護施設、老人ホームなどの感染者が多発した施設あるいはイベントに
いききましたか。

なし あり

5. 治療中の病気はありますか。 なし あり

糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療

がん 抗がん剤 その他 具体的に（ ）

6. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

なし あり

ご協力いただきありがとうございました。しばらく待合室でお待ちください。