

# 問診票

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ ( 男性 ・ 女性 )      ご年齢 \_\_\_\_\_ 才

〒 \_\_\_\_\_ 生年月日 (大正 昭和 平成 令和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_      体温 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ 度

体重 \_\_\_\_\_ Kg ※15 歳以下は体重記入お願いします。

女性の方のみ ( 妊娠中 ・ 授乳中 )

0. 次の症状がありますか

発熱 37 度以上 \_\_\_\_\_ 日間      最高体温 \_\_\_\_\_ °C

のどが痛い     咳が出る     呼吸が苦しい     倦怠感、だるい

臭いがわからない \_\_\_\_\_ 日前から     味がわからない \_\_\_\_\_ 日前から

多数の人が集まる場所に行きましたか? \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 本日はどのような症状で受診されましたか。最も困っていることから書いて下さい

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

2. 1の症状は各々いつからありますか。

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

3. アレルギーはありますか。(お薬、造影剤、花粉、ハウスダスト、食べ物 など)

4. 過去または現在治療中の病気はありますか。

(糖尿病 高血圧 喘息 心臓病 がん 緑内障 前立腺肥大 肝臓病 腎臓病 結核)

5. 常用しているお薬はありますか。お薬手帳がありましたらスタッフにお渡し下さい。

6. 特に希望する点があればお書きください。(粉薬、錠剤希望、検査希望、がんが心配など何でもよいです)

7. 何をご覧になって当院をお知りになりましたか?

(ウェブサイト、広告、知り合いから、通りがかり、看板、チラシ)

ご記入ありがとうございました。受診の際には保険証、医療券 (お持ちの方のみ)、お薬手帳をご持参ください。

武蔵境耳鼻咽喉科