

ふりがな： _____ 氏 名： _____

生年月日： 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ (歳)

住 所： (〒 _____ - _____) _____

自宅電話： _____ - _____ - _____ 携帯電話： _____ - _____ - _____

当院までの交通手段： 車 / 徒歩 / 自転車・バイク 所要時間 (_____ 分)

今回ご相談になる症状(2枚目の問診票)の前に、こちらにご記入をお願いします。

1. 以下の症状で該当するものに○をつけてください。

発熱(37.5℃以上)	・なし	・あり	_____日より、	解熱剤の使用	・なし	・あり
喉の痛み	・なし	・あり				
咳が出る	・なし	・あり				
痰が出る	・なし	・あり				
息苦しい	・なし	・あり				
体がだるい	・なし	・あり				
におい(急に)	・わかる	・わかりにくい	_____日前から			
味(急に)	・わかる	・わかりにくい	_____日前から			

2. 新型コロナウイルスに感染した方あるいは強く咳き込んでいる方と濃厚接触がありましたか。

- ・なし
- ・あり→・同居、車内や航空機内などで、2m以内での長時間の会話
 - ・マスクや手袋などの防護具なしで看護・介護をしていた。
 - ・感染が疑われる者の気道分泌物、体液などに直接接触した。

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(北海道、東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、大阪、兵庫、福岡など)や外国に行きましたか。

- ・なし
- ・あり→・国内; 県、市名(_____) ・外国; 国名(_____)

4. 最近、感染者が多発した店、施設、イベントなどに行きましたか。

- ・なし
- ・あり

5. 今現在、ご家族で体調の悪い方はいらっしゃいますか。

- ・なし
- ・あり

***2枚目の問診票記入もお願いいたします。**

年 月 日

氏名 様 年齢 歳 (15歳以下の方体重 Kg)

●本日の診察希望の箇所のみ○をつけてください

耳	鼻	のど	口や舌	首	めまい	レーザー相談
その他						

軽い とてもつらい

●どのような症状がありますか？症状の程度は… 1 2 3 4 5 ○してください

--

●その症状はいつからありますか？ → はじめて / 以前から続いている / これまで繰り返している

例：○月○日から、○年頃からずっと・時々、春や秋に…

●今回の症状で他の医療機関を受診したことが →

ある	ない
----	----

ある方：いつ頃 医療機関名
 飲んだことのある薬に○をしてください（複数可） ムコダイン（カルボシステイン）
 ムコソルバン（アンプロキシソール）、ビソルボン（ブロムヘキシン）
 その他（ ）

●薬や食べ物のアレルギーは →

ある	ない
----	----

薬 抗生剤・麻酔の薬・鎮痛剤・その他（ ） 食べ物（ ）

●鼻のアレルギーは →

ある	ありそう	ない
----	------	----

すぎ・ひのき・ハウスダスト・ダニ・カビ・その他（ ）

●アレルギーの検査を受けたことが →

ある	ない
----	----

ある方：いつ頃（ ）

【結果】 すぎ・ひのき・ハウスダスト・ダニ・その他（ ）

●過去にアレルギーの薬を飲んだことが →

ある	ない
----	----

内服・使用したことのある薬に○をしてください（複数可）
 デザレックス・ビラノア・ザイザル・アレグラ・ディレグラ・クラリチン・アレロック・タリオン
 ジルテック・エバステル・キプレス・シングレア・オノン・ルパフィン・その他（ ）
 アラミスト点鼻・ナゾネックス点鼻・フルナーゼ点鼻・その他（ ）

●現在治療中の病気が →

ある	ない
----	----

喘息 高血圧 糖尿病 肝臓 腎臓 心臓や血管の病気
 脳の病気 緑内障 前立腺肥大 その他（ ）

●現在の処方薬が →

ある	ない
----	----

ある方（ ）

●女性の方であてはまるものがあれば○をしてください

妊娠中	授乳中	妊娠希望
-----	-----	------