

問診票

記入日 R 年 月 日 (体温 °C)

ふりがな		ご住所 〒	
お名前	男 女	職業 ()	
明・大・昭・平・令 年 月 日生	年齢 歳	自宅電話	体重 ※12歳以下の方 Kg
		携帯電話 メールアドレス	

今日はどうされましたか？

耳 (右 ・ 左)	鼻	のど
耳掃除希望	鼻すい希望 (あり・なし)	のどが痛い
耳痛	鼻づまり	のどがつまる感じ・違和感
耳がかゆい	鼻水 (水様・粘性・黄色・緑色)	声がかかる
耳だれ	くしゃみ・花粉症	声を出しにくい
聞こえにくい	鼻水がのどに流れる	咳・たん
耳鳴り	鼻血 (右・左)	首が腫れている
めまい	匂いがしない	息が苦しい
耳がつまる感じ	アレルギー検査希望	いびき・睡眠時無呼吸
耳の下が腫れている	舌下免疫療法	口内炎
その他()	その他()	その他()

いつ頃から症状が出ましたか？	本日・昨日・()日前・()週前・()ヶ月前・()年前
他の病院でかかっている病気があれば病名を教えてください	あり ・ なし 病院名：
高血圧 糖尿病 心疾患 緑内障 肝疾患 腎疾患 新型コロナウイルス感染症 高脂血症 前立腺肥大 脳梗塞 胃潰瘍 その他 ()	
現在、服用中の薬はありますか？ ★お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください。	あり ・ なし 薬の名前：
食べ物や薬に対するアレルギーがあれば教えてください。	あり ・ なし ありの方。薬や食べ物の名前：
嗜好品についてお尋ねします	喫煙歴 1日 ()本を ()年 飲酒歴 ()を ()杯/日
女性の方へ	現在妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい ヶ月・不明) 現在授乳中
ご来院のきっかけについてお尋ねします	家の近く・会社や学校の近く・インターネット・ ビル看板・パンフレット・ご家族からの紹介・知人や病院からの紹介 ご紹介者お名前()病院名 ()

※メールアドレスご記入の方は次回より使用できる WEB 予約アカウントメールをお送りいたします。

～コロナ問診票～

お名前()

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 _____℃
() 熱がでるので解熱剤で対応している _____ 日から _____ 日間
() のどが痛い () せきが出る () 痰がでる () いき苦しい () 体がだるい
() _____ 日前から においがわからない・わかりにくい・嫌なにおいがする
() _____ 日前から 味がわからない・わかりにくい・金属のような味がする

2. 新型コロナウイルスに感染したことがわかっている方と、その方が発熱及び咳・呼吸困難などの症状がでる2日前から隔離されるまでの間に、濃厚接触(のうこうせつしょく)(*)がありましたか。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。

*濃厚接触とは:必要な感染予防策をせずに手で触れること、または対面で互いに手を伸ばしたら届く距離(1m程度)で一定時間以上接触があった場合

- () なし () あり

「あり」とお答えの場合、その方との濃厚接触の状況を教えてください。

- () 同居あるいは、長時間の接触があった(車内や航空機内など)。
() 適切な个人防护なしで診察・看護・介護をした。
() 気道分泌物、体液等に直接接触した可能性がある。
() 1メートル以内で、感染予防なしで15分以上会話等の接触をした。

3. 今回の症状がでる前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している国や地域(緊急事態宣言が発令されている都道府県など)に行きましたか。

- () なし () あり

国内 or 海外 場所()

4. 最近、「3密」(密閉・密集・密接)と言われる場所や集団での感染があった場所に行きましたか。

- () 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