

問診票

記入日 R 年 月 日 (体温 ℃)

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	
		携帯電話 メールアドレス	
			体重 ※12歳以下の方 Kg

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)	声がかれる
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
現在治療中の病気があればできるだけ詳しく教えてください	あり ・ なし 病院名：
高血圧 糖尿病 心疾患 緑内障 高脂血症 前立腺肥大 脳梗塞 胃潰瘍	肝疾患 腎疾患 新型コロナウイルス感染症 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について	あり ・ なし ありの方。薬や食べ物の名前：
お酒・タバコについて	吸わない・吸う 1日 ()本を ()年 飲まない・飲む ()を ()杯
☆女性の方へ	現在妊娠中ですか？ はい ヶ月・不明・いいえ 現在授乳中ですか？ はい・いいえ
ご来院のきっかけ	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 ()

※※※裏面にも質問があります※※※

～問診票続き～

1.発熱の症状があるはチェックしてください

()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

2.今回の症状が出てからコロナ PCR 検査または抗原検査を受けましたか？

はい(年 月 日) いいえ (結果:)

3.いいえの方へ、当院でコロナ・インフル検査のご希望はありますか？

はい いいえ

はいの方→(・コロナのみ ・インフルのみ ・コロナインフル同時 ・相談)

☆マイナンバー資格確認で受付された方はチェックしてください

1. この1年間で健康診断または人間ドックを受診しましたか？

はい いいえ

2. マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

はい いいえ

*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。