

みのだ耳鼻咽喉科クリニック 問診表

年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	体重(12才以下の方)
お名前	(男・女)	年 月 日		
ご住所	〒		才	体温
自宅番号	- -	携帯番号	- -	

本日はどのような症状で来院されましたか？

右耳・左耳	・痛い ・かゆい ・耳だれ ・聞こえにくい ・耳鳴り ・ふさがった感じ ・ひびく ・めまい ・耳垢(耳掃除希望) ・これまでに菫田院長に耳の手術を受けたことがある(ある ない)
鼻	・鼻水(水様・粘性・黄色・緑色) ・くしゃみ ・鼻づまり ・鼻水がのどに流れる ・においがしない ・鼻出血(右・左) ・花粉症の予防投与希望 ・アレルギー検査希望 ・鼻掃除希望
のど	・痛い ・腫れている ・声がかれる ・咳、痰 ・のどがつまる感じ ・のどの違和感 ・息がしにくい ・飲み込みにくい ・いびき ・睡眠時無呼吸 ・味がわからない

その他の症状があればご記入お願いします。

--

上記の症状はいつからですか？

- ◆ 現在服用中のお薬はありますか？ ない / ある (お薬手帳持参あり・なし)
※本日お薬手帳をお忘れの場合は、下にわかる範囲で薬名をご記入ください。
- ◆ これまでに薬により、体に異常のあったことがありますか？
ない / ある(薬品名と症状 _____)
- ◆ 現在治療中、もしくは以前かかった事のある病気はありますか？(手術や入院も含みます)
・肝臓疾患 ・糖尿病 ・緑内障 ・高血圧症 ・前立腺肥大 ・心臓病 ・ぜんそく ・花粉症 ・腎臓病
・アレルギー性鼻炎 ・けいれん ・てんかん ・その他(_____)
- ◆ お子様⇒希望の薬の剤型や希望の服用回数はありますか？
※希望の薬の剤型(粉薬 / シロップ / 錠剤)
※希望の内服回数(1日2回服用 / 1日3回服用 / いずれも可)
- ◆ どのような診療をご希望ですか？
・十分な検査となるべく根本的な治療 ・とりあえず症状を抑えたい ・その他
- ☆ 女性の方のみ：現在 ・妊娠中(_____ ヶ月目) ・授乳中(お子様は _____ ヶ月) ・妊娠の可能性がある
- ◆ 来院されたきっかけは何ですか？
・知人・家族からのご紹介(_____) ・医師、他院からのご紹介 ・看板を見て ・広告を見て
・電話帳を見て ・ホームページを見て ・家から近い ・勤務先が近い ・その他(_____)

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、

以下の問診票にご記入をお願いします。

1. 新型コロナウイルス感染症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(37.0℃以上) ____月 ____日から ____日間

解熱剤を使用している ____日から ____日間

のどが痛い せきが出る 痰がでる 息苦しい 体がだるい

関節痛 最近(2週間以内)におい・味がわかりにくい

該当する症状はない

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 ____月 ____日

3. 最近、新型コロナウイルス感染が多発している地域に行きましたか。

なし

あり 国内:県、市名(_____) 外国:国名(_____)

4. 最近、3密(密閉空間・密集場所・密接場面)が生じる可能性がある場所に行きましたか。

なし

あり

5. 同居の方で、1の症状、2-4に該当する方がいらっしゃいますか。

いない

いる

ご協力いただきありがとうございました。