

記入日： 年 月 日

診察券 No _____

上北沢耳鼻咽喉科 問診表

フリガナ

お名前： _____ 男・女 職業： _____

生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 体重(15歳以下のお子様)： _____ kg

ご住所：〒 _____ 電話： _____ - _____

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？ 当てはまる症状に○をつけてください。

発熱：なし・あり _____℃、息苦しさ：なし・あり

耳(右・左)：聞こえにくい、かゆみ、痛み、耳あか、耳鳴、耳だれ、めまい、耳閉塞感

鼻：鼻汁、鼻づまり、においがしない、いびき、くしゃみ、鼻出血

のど：痛み、飲み込みづらい、異物感、声がれ、咳、痰

その他：首のはれ、首のしこり、顔の麻痺、味がわからない、睡眠時無呼吸、言葉の遅れ

その他(_____)

2. その症状はいつからですか？ _____ 月 _____ 日頃から (_____ 年前から)

3. 今までに下記の病気になったり、治療を受けたことがありますか？

高血圧、糖尿病、脳卒中、心臓病、不整脈、喘息、肺疾患、肝炎、甲状腺疾患、緑内障

新型コロナウイルス感染(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

その他(_____)

4. 過去に手術を受けたことがありますか？

いいえ・はい (_____ 年前 _____ 歳頃 手術名： _____)

5. 現在お飲みになっている薬はありますか？ (お薬手帳がありましたら記載は不要です。受付にお出し下さい)

(_____)

6. 薬・注射・食べ物でじんましんが出たり、気分が悪くなったことはありますか？

いいえ・はい (お薬の名前： _____)

7. 女性の方にお伺いします。 現在授乳中ですか？ はい・いいえ

現在妊娠、またはその可能性はありますか？ いいえ・はい(_____ ヶ月)

8. その他

*1か月以内に海外に行かれましたか？ いいえ・はい 差し支えなければ国名をお願いします(_____)

*10日以内に新型コロナウイルス感染者(疑いも含む)とマスク等の感染対策なしで

接したことがありますか？ はい・いいえ

住所□ スキャン□