

さかた耳鼻咽喉科クリニック

問診表

ふりがな

名 前

(男・女) 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

小学生以下のお子様 (体重 kg)

体温 °C

住 所

(マンション・アパート名ありましたらご記入お願いいたします)

電話:

携帯:

※ご記入いただきまして個人情報やご回答内容は厳重に保管しアンケート集計処理、ご案内等以外には使用することはございません。

☆今日受診する症状はどれですか? ○で囲んでください。

みみ (右・左) はな のど めまい その他

☆どのような症状ですか?

()

☆その症状はいつ頃からですか?

()

☆今回の症状で治療を受けたことがありますか? ☐ はい ☐ いいえ

どこで受けましたか? ()

どのような治療を受けましたか? ()

どの位の期間受けましたか? ()

★女性の方へ

妊娠している可能性はありますか? ☐ はい (ヶ月) ☐ いいえ

授乳中ですか? ☐ はい ☐ いいえ

☆コロナ感染者との濃厚接触がありましたか? ☐ はい ☐ いいえ

☆最近、3密 (密閉・密集・密接) と言われる場所に行きましたか? ☐ はい ☐ いいえ

★現在、治療中の病気はありますか? ☐ はい ☐ いいえ

☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 脳梗塞 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 緑内障

☐ 悪性疾患 () ☐ 手術など ☐ 高脂血症 ☐ その他 ()

★今までにかかったことがある病気はありますか? ☐ はい ☐ いいえ

()

★薬のアレルギーはありますか? ☐ はい () ☐ いいえ

★食べ物のアレルギーはありますか? ☐ はい () ☐ いいえ

★服用中の薬はありますか? ☐ はい ☐ いいえ

★服用中の薬がある方は、お薬手帳はお持ちですか? ☐ はい ☐ いいえ