

問 診 表

～ 診察前にコロナウイルス感染拡大防止にご協力ください～

令和 年 月 日

ふりがな..... 男 大・昭
お名前..... 女 生年月日 平・令 年 月 日生
〒 -
ご住所..... お電話() -

*** 診療明細書発行について、どちらかを○で囲んでください 発行する ・ 発行しない**

☆現在お薬を服用中の方はお薬手帳をご提出願います☆

- **新型コロナウイルスに感染した方あるいは強く咳き込んでいる方と濃厚接触はありましたか？**
なし あり
□同居、車内や航空機内で2メートル以内での長い時間の会話
□个人防护服なしで、介護・看護していた
□感染が疑われる方の気道分泌物、体液等を直接接触した。
- **今回の症状が出る前の2週間以内に新型コロナウイルス感染多発地域にいきましたか**
なし あり
- **最近、ライブハウス、スポーツクラブ、介護施設、老人ホーム、お祭りなどの感染者が多発した施設またはイベントに参加しましたか**
なし あり

それでは、本日来院された理由を教えてください（気になるところを○で囲んでください）

- 耳のこと（右・左・両方）
耳がいたい 耳がかゆい 耳だれが出る きこえがわるい みみなりがする
めまいがする 耳がつまった感じ 耳あか 耳掃除の希望 いつからですか？ _____
- 鼻のこと（右・左・両方）
鼻水が出る くしゃみ 鼻がつまる においがしない 鼻血
いつからですか？ _____
- のど・ちのなか（右・左・両方）
のどが痛い せき 痰が出る 声がかれる あじがわからない
いつからですか？ _____
- **熱はでていますか？** でているのであれば _____ 度ぐらい 最高で _____ 度
- **解熱剤はのんでいますか？** いつから _____ 何日間 _____

現在、何かの病気で治療を受けていますか。○をつけてください

高血圧症 心臓病・不整脈 糖尿病 腎臓病
肝臓病 B型肝炎 C型肝炎 血液疾患 脳梗塞・脳出血
甲状腺 アレルギー性疾患 喘息 前立腺

（その他 _____）

以下で、あてはまる事がありますか。（ ）内に○をつけてください

- （ ） 薬や食べ物、その他でアレルギーがある（具体的に： _____）
- （ ） 現在妊娠している、もしくは妊娠しているかもしれない（妊娠 _____ ヶ月）
- （ ） たばこを吸っている（1日 _____ 本くらい）
- （ ） 心臓のペースメーカーを使用している