

# 問診票

氏名		体温	腋下	度
体重	kg (40kg以下の方のみ)	(女性の方へ)	妊娠中(可能性含む)	授乳中

◆最近(1週間以内に)次の症状があった方は、体温計で熱をはかってください。				
発熱	日前～	度、最高体温	度(いつ	)
のど	日前～	少し痛い	・	痛い
咳	日前～	ある	・	多い
コロナ検査	していない	・	した ⇒ 抗原・PCR	(いつ) 陽性・陰性
2週間以内にコロナ感染者との濃厚接触はありましたか? なし・あり (ありの場合 いつ どなた 同居家族・学校・会社)				

コロナ感染症にかかったことがありますか? ない・ある ⇒ 年 月 次の後遺症での診察をご希望ですか? ⇒ 味覚障害・嗅覚障害・なし				
鼻	日前～	鼻水(透明・黄緑)・鼻づまり・くしゃみ・かゆみ・鼻血(左・右)・痛い・荒れている		
耳	日前～	痛い(左・右)・耳垂れ(左・右)・かゆみ(左・右)・聞こえにくい(左・右)・詰まった感じ(左・右)・耳そうじ・耳鳴り(左・右) ⇒ どんな音( )		
のど	日前～	違和感がある・痛い・イガイガする・つかえた感じ・声がかすれる・ガラガラ声・声が出ない		
咳	日前～	空咳・痰の絡んだ咳・喘息		
めまい	日前～	フワフワしためまい・グルグルしためまい ⇒ 常に・頭を動かすとき・寝ているとき		
アレルギー症状 ⇒ まだ出ていない(薬希望)・出ている アレルギーで上記以外の症状 日前～( ) アレルギーの検査・舌下免疫療法・レーザー手術について説明を聞きたい。				
服用している薬 ない・ある ⇒ 市販薬・他の病院の処方薬 薬の名前( ) お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします				