

年 月 日

宇野耳鼻咽喉科・アレルギー科医院 問診票

氏名 (男・女) 住所
電話 体重 kg 年齢 才(ヶ月)
受付時体温 度

- 1.ここ数日中に37.5度以上の熱がありました？(あつた 度 月 日 ・ない)

2.ここ数日中に解熱剤を飲みましたか？(飲んだ 月 日 ・飲んでない)

3.身近にコロナウイルス陽性者や濃厚接触者がいる、ウィルス流行地に行った、またその地域の方と接触がある、飲み会・食事会の後で微熱・のどの痛み等の風邪症状がでた(ある・ない)

4.今日はどんな症状がありますか？○を付けてください

(耳) 右・左 聞こえが悪い、右・左 耳鳴り、右・左 耳が痛い、右・左 かゆい、めまい
(鼻) 鼻水 鼻詰まり くしゃみ 痛み 臭いがわからない
(のど) 痛み せき 痰がからむ 声のかすれ つまり感 (その他)

5.それは、いつから始まりましたか？

6.今回の症状に対してどこかで薬を処方されていますか？(はい・いいえ)
・お薬の内容: :

7.今まで下記の病気にかかられたことがありますか？あれば○で囲んでください。

・アレルギー性鼻炎 ・気管支ぜんそく ・アトピー性皮膚炎 ・前立腺肥大
・緑内障 ・高血圧 ・不整脈 ・糖尿 ・肝臓 ・おたふくかぜ ・突発性難聴
・めまい症 ・B型、C型肝炎 ・その他()

8.B型、C型肝炎に罹ったことがある方にお聞きします。

・抗ウィルス剤、インターフェロンによる治療を受けたことがありますか？(はい・いいえ)
・現在、強ミノC注射、ウルソ内服をされていますか？(はい・いいえ)
・キャリアと言われたことがありますか？(はい・いいえ)

9.手術歴がありますか。あれば下にご記入ください。

10.現在、常用しているお薬がありますか？(はい・いいえ)
・お薬の内容

11.お薬や何かの治療でアレルギーや異常な反応を示されたことがありますか？(はい・いいえ)
・お薬: ・治療

12.現在、妊娠(している・していない・わからない) 現在、授乳(している・していない)

13.当院では、検査、処方、処置などの診療内容を詳しく記載した明細書を発行しています。
発行を希望されますか。 (はい・いいえ)
※「はい」と答えられた方は、この明細書には、皆様のお名前を含んだ個人情報が記載されていますので、取り扱いには十分な注意を払われるようお願い申し上げます。