

耳鼻咽喉科外来問診票

氏名 () 年齢 (才) 職業 ()
体重 (kg) 身長 (cm)
記入日 年 月 日

他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡しください。

アレルギーはありませんか

1 のみ薬、注射薬のアレルギー（抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止め など）

☐なし ☐あり 薬品名と症状 _____

2 食物アレルギー（卵、乳製品、牛肉、そば、小麦、かに、えび、ピーナツなど）

☐なし ☐あり 食品名と症状 _____

3 その他のアレルギー（アルコール、ゴム製品など）

☐なし ☐あり 物質名と症状 _____

1 本日受診された症状についてお伺いします。 体温 (°C)

いつからですか？ どこがどのようにわるいですか？

2 今までに耳鼻咽喉科で治療をうけられたことがありますか？

☐いいえ

☐はい 病名は？ ()

治療内容は？ ()

3 耳鼻咽喉科以外の治療をうけたことがありますか？

☐いいえ

☐はい（高血圧 糖尿病 気管支喘息 アレルギー リウマチ 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 結核 脳梗塞
心疾患 悪性腫瘍） その他 ()

4 現在、処方されている薬はありますか？

☐いいえ

☐はい 薬剤名 ()

5 タバコは吸われますか？

☐いいえ ☐以前は吸っていたが現在は禁煙している。以前は(本) 禁煙 (年)

☐はい 一日 (本) 喫煙歴 (年)

6 飲酒はされますか？

☐いいえ ☐以前はよく飲んでいた。種類 () 頻度 ()

☐はい 種類 () 頻度 (毎日 週 () 回 時々)

7 〔発熱のある方へ〕 一ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？

☐いいえ

☐はい (月 日 ~ 月 日) 国名 ()

8 〔女性の方へ〕

a. 妊娠の可能性はありますか？ ☐いいえ ☐はい (週) ☐はっきりしない

b. 授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい

9 その他 何かありましたらお書きください。

⇒裏面に続きます

新型コロナウイルス感染症に関する問診にご協力ください。

- ① 1週間以内に、37.3℃以上の発熱がありましたか。

いいえ・はい（ 月 日～ 月 日）

- ② 1週間以内に、発熱以外の症状はありますか。

いいえ・はい

☐咳 ☐のどの痛み ☐鼻水 ☐においがしない ☐味がしない ☐体のだるさ
☐寒気 ☐頭痛 ☐吐き気 ☐腹痛 ☐下痢
☐その他（ ）

- ③ 1週間以内に新型コロナウイルス感染者との濃厚接触歴がありますか。

いいえ・はい（ 月 日～ 月 日） PCR検査（ 月 日 陰性・陽性）

- ④ 1週間以内に国内旅行・海外渡航歴がありますか。

いいえ・はい（ 月 日～ 月 日）（県名： 国名： ）

- ⑤ 1週間以内に、以下の場所を利用されたことがありますか。

いいえ・はい

☐外食 ☐スポーツジム ☐プール ☐スーパー銭湯 ☐カラオケ ☐美容院・理髪店

☐集会 ☐サークル活動 ☐イベント ☐公共交通機関の利用

☐その他3密の場所となるところ（ ）

以下、付き添いの方におたずねします

ご関係（ ）同居・別居

体温 _____℃

- ① 1週間以内に37.3℃以上の発熱がありましたか。

いいえ・はい（ 月 日～ 月 日）

- ② 1週間以内に発熱以外の症状はありますか。

いいえ・はい 症状（ ）

- ③ 1週間以内に新型コロナウイルス感染者との濃厚接触歴がありますか。

いいえ・はい（ 月 日～ 月 日） PCR検査（ 月 日 陰性・陽性）

- ④ 1週間以内に国内旅行や海外渡航歴がありますか。

いいえ・はい（ 月 日～ 月 日）（県名： 国名： ）

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。