

# 【問診票・初診用】

記入日 令和 年 月 日

ID

ふりがな		ご住所 〒 -	
お名前		男	女
明・大・昭・平・令	年齢	自宅電話 ( )	体温
年 月 日生	歳 ヶ月	携帯電話 ( )	℃

現在解熱剤内服 (有・無)

\*15歳以下のお子様のみ体重をご記入ください。 \_\_\_\_\_ Kg

※あてはまる症状に☑チェックを入れてください。

耳【右・左】	鼻	のど	その他
<input type="checkbox"/> 耳が痛い <input type="checkbox"/> 耳垂れ <input type="checkbox"/> 耳がかゆい <input type="checkbox"/> 耳垢を取ってほしい <input type="checkbox"/> 音の聞こえが悪い <input type="checkbox"/> 耳がつまる感じがする <input type="checkbox"/> 異物感がある <input type="checkbox"/> 耳鳴り→どんな音ですか? ( )	<input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 匂いがしない(嗅覚異常) <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 異物感がある <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー検査希望	<input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 声が出しづらい <input type="checkbox"/> 痰が出る <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 異物感がある <input type="checkbox"/> Bスポット治療 (上咽頭擦過療法)	<input type="checkbox"/> 発熱症状 ( / ~) 周囲発熱者 (有・無) <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 首の腫れ <input type="checkbox"/> いびき・無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> コロナ関連検査希望 <input type="checkbox"/> その他 紹介状 (有・無) {

いつから症状がでていますか?	本日・昨日・ ( ) 日前・ ( ) 週間前・ ( ) 力月前
今までにかかった病気はありますか? (入院・手術した病名)	ない・ある ⇒ある方 ( )
現在治療中の病気はありますか?	ない・ある ⇒ある方 ( )
現在服用している薬はありますか?	ない・ある ⇒分かれば薬名 ( )
食べ物やお薬などに アレルギーはありますか?	ない・ある ⇒ある方 食べ物: ( ) お薬: ( )
【お子様へ】	お薬の剤形の希望 (粉薬・シロップ・錠剤・カプセル) 内服可能回数 ⇒ 1日2回・1日3回
【女性の方へ】	現在妊娠中ですか? はい ( ヶ月)・いいえ 授乳中ですか? はい・いいえ

～紹介状・検査結果等お持ちであれば一緒にお出しください～

\*お薬服用中の方はお薬手帳も一緒にお出しください\*