

# 【問診票・再診用】

記入日 令和 年 月 日

ID

ふりがな お名前	* <u>15歳以下の方のみ</u> 体重をご記入ください。	体温
	Kg	°C

\* ご住所・お電話番号等、変更のある方は受付にお伝えください。

現在解熱剤内服 (有・無)

あてはまる症状に  チェックを入れてください。

耳【左・右】	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"/> 定期健診(前回受診時と同じ) <input type="checkbox"/> 発熱症状 ( / ~ ) 周囲発熱者 (有・無) <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"/> 味覚異常 <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・ ( ) カ月前
------------------	---------------------------------

\* 前回受診時と同じ症状で受診される方で、下記の項目に変更がない方は以下、記入不要です。

今までに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ご一緒にお出しく下さい～

**\* お薬服用中の方はお薬手帳も一緒にお出しく下さい \***