

【問診票・再診用】

記入日 令和 年 月 日

ID

| | | |
|-------------|---------------------------|----|
| ふりがな お名前 | *15歳以下の方のみ 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）

【今日はどうされましたか？】

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"/> 耳鳴り→どんな音ですか？ （ ） <input type="checkbox"/> 異物感がある | <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"/> 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"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> 前回受診時と同じ <input type="checkbox"/> コロナ関連検査希望 <input type="checkbox"/> その他 紹介状（有・無） [] |

* 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。

【その症状はいつごろからですか？】

* 初診時とお変わりなければ以下、記入不要です。

| | | |
|--------------------------------|---|--------------------|
| 今までにかかった病気はありますか？ | 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 食べ物： お薬： | ⇒ある方 () () |
| 後発医薬品（ジェネリック医薬品）を ご希望されますか？ | はい ・ どちらでもよい ・ いいえ | |
| 【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*