

※順番取りされている方は受付にお申し出ください。※

ふりがな	性別	生年月日
お名前	男 女	年 月 日 ( 歳) 12歳以下の方: 体重 kg
ご住所 〒 -		
電話番号 ( )	携帯電話番号 ( )	

■ 本日はどのような症状で来院されましたか？ 下記の項目に○をつけるかご記入下さい。

その症状はいつ頃から続いていますか 年 月 日 午前/午後 時頃より

耳(右・左・両側)	痛い 聞こえが悪い 耳鳴り 耳がふさがる 耳だれ かゆい 耳あか
鼻(右・左・両側)	鼻血 水鼻 くしゃみ 膿性鼻汁 鼻づまり においがわからない
のど	痛い(痛くて食事がとれない・息苦しい) のどがつまる 声のかすれ 咳 痰 味がわからない 舌・口の荒れ
その他 (耳鼻咽喉科的)	めまい(吐くほどのめまい) いびき・無呼吸 異物(耳 鼻 喉 ) 首の腫れ(開口できない 飲み込めない 首を回すと猛烈に痛い) 顔のゆがみ
その他 (内科・小児科的)	嘔吐 下痢 痛み(頭 / 胃 / 関節 / お腹 / その他( ) ) 尿の異常(血尿/頻尿/残尿感) 不眠 その他( )
発熱	平熱( )°C 今朝( )°C 現在 : 時頃( )°C
新型コロナウイルス ス問診 ※必ず□にチェック を入れてください	<input type="checkbox"/> 風邪の症状(咳、喉の違和感)や 37.5°C以上の熱が2日以上続いている <input type="checkbox"/> 解熱剤を服用しなければ熱がさがらない <input type="checkbox"/> 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症と確定した人と濃厚接触がある <input type="checkbox"/> 発症から4週間以内に流行地域に渡航または居住していた人と接触がある <input type="checkbox"/> ここ3カ月以内に急に味やにおいがわからなくなった <input type="checkbox"/> ハイリスク者(60歳以上、妊娠中、癌、自己免疫性疾患、腎炎、肝炎、糖尿病、結核)である
4週間以内の渡航歴	なし あり 年 月 日 ~ 年 月 日 (国: )

■ 今までに次の病気にかかり、現在治療中、または過去に治療を受けたことがありますか。○をして下さい。

B型肝炎 C型肝炎 糖尿病 高血圧症 脂質異常症 喘息 狭心症 不整脈 緑内障 脳梗塞 脳出血  
前立腺肥大 甲状腺疾患 他( ) \* 血液サラサラの薬を飲んでいますか? いいえ・はい

\* 免疫低下の方、化学療法などで白血球減少の方ですか? いいえ・はい

■ 今現在、定期通院、投薬をうけていますか? いいえ・はい **お薬手帳は受付にご提示ください**

お薬手帳お忘れの方: 服用中のお薬( )

■ 今までに注射や飲み薬で気分が悪くなったり、発疹が出たり、合わなかったことがありますか。  
いいえ・はい(薬剤名と症状: )

■ 食物アレルギーはありますか。(例: 卵白・牛乳・豆・そば・小麦・魚・肉・貝・果物など)  
いいえ・はい( )

■ 局所麻酔剤(歯の治療、傷を縫った時など)でショックを起こしたことがありますか。 いいえ・はい

■ たばこ: 吸わない・吸う( 本/日 × 年) アルコール: 飲まない・飲む(種類 )(量 /日)

■ 女性の方へ **現在妊娠していますか。** いいえ・はい( 月 ) ・ 可能性あり  
はいの方 最終月経 年 月 日 ~ 年 月 日 **授乳中ですか** いいえ・はい

■ 個別の診療報酬の算定項目がわかる明細書を希望されますか? いいえ・はい

■ 12歳以下の方: ご希望のお薬の形状に○印を。錠剤・粉・シロップ・どれでも可