ID

耳鼻咽喉科問診票

受診日　　年　　月　　日

お名前		ふりがな	
来院時体温	℃	体重	kg	年齢	歳

① **本日の症状（来院目的）を簡単にお書きください。**

症状は【　　】頃から

！！重要！！

◎他の医療機関からの紹介状を持っていますか？　はい　・　いいえ

◎今までに、薬によるアレルギーが出たことはありますか？ある方は薬品名と症状を記入してください。

はい　→　（　　）
いいえ

◎緑内障の既往歴はありますか？　はい　・　いいえ

◎前立腺肥大症の既往歴はありますか？　はい　・　いいえ

◎（女性の方のみ）　現在、妊娠中ですか？　はい（　　週）・　いいえ
現在、授乳中ですか？　はい　・　いいえ

② 本日の症状は、海外渡航中または帰国後に出た症状ですか？

はい　→　（　いつ頃：
いいえ　　渡航先：　）

③ 今までに、大きな病気や手術をした事がありますか？

はい　→　（　　）
いいえ

④ 現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？

はい　→　（　医療機関名：
いいえ　　治療内容：　）

⑤ 3日間で37.0以上の発熱はありましたか？　→　はい　・　いいえ

⑥ 最近、新型コロナウイルスやインフルエンザにかかりましたか？　→　はい　・　いいえ

⑦ （⑥で「はい」と答えた方のみ）療養期間はいつまででしたか？

月　　日　～　　月　　日

⑧ 日常生活において、当てはまるところに〇印を、（　）内は数字をお書きください。

＊たばこについて　・吸わない　・吸っていた　・吸っている

↳ 1：1日に（　　）本くらい　2：合計（　　）年間くらい

＊アルコールについて　・毎日　・週5日程度　・時々　・ほとんど飲まない

★下記、変更ある場合はご記入ください。

住所　〒	TEL

南大沢メディカルプラザ