

フリガナ \_\_\_\_\_ 男 生年月日 \_\_\_\_\_  
 お名前 \_\_\_\_\_ 女 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

〒 \_\_\_\_\_  
 住所： \_\_\_\_\_ 職業： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_ Kg (小学生までの方)

※どのように、ぐあいが悪いのか ○をつけてください。

いちばん困るものには◎をつけてください

耳： (右・左)	耳が痛い 耳だれがでる 耳がかゆい 耳あかをとってほしい 聞こえない 耳なりがする めまい 補聴器相談希望
鼻：	くしゃみがでる 鼻がでる 鼻がつまる ※においがわからない 鼻血がでる 花粉症 アレルギー性鼻炎 レーザー治療希望 舌下免疫療法希望 (スギ・ダニ)
のど：	※のどが痛い ※たんがでる ※せきがでる 声がかれる のどに違和感がある のどがかゆい
その他：	目がかゆい 耳の下がはれている ※熱がある ( _____ )℃
	いびき 睡眠時無呼吸症候群検査希望
	禁煙外来希望 ( _____ )

○上記症状はいつ頃から具合が悪いですか？ ( \_\_\_\_\_ ) 日前から ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月前から  
 ( \_\_\_\_\_ ) 年前から

○他院にて処方されている薬がありますか？  
 なし ある (薬の名前： \_\_\_\_\_ )

○いままでに薬で気分が悪くなったり、発疹やショックをおこしたりしたことがありますか？  
 なし ある (薬の名前： \_\_\_\_\_ )

○耳鼻科以外の病気にかかったことがありますか？  
 高血圧症・心臓病・糖尿病・肝炎 (B・C・その他)・結核  
 腎臓病・胃、十二指腸潰瘍・喘息・その他の病気 ( \_\_\_\_\_ )

○耳鼻科の手術を受けたことがありますか？ なし ある ( \_\_\_\_\_ )

○漢方による治療に興味がありますか？ なし ある

○いま妊娠していますか？ はい：予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (現在 \_\_\_\_\_ ヶ月)

○授乳中ですか？ はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月)

○タバコを吸いますか？ はい (1日 \_\_\_\_\_ 本)

○この病院をどこで知りましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

**※上記の症状に当てはまる方は2枚目の問診票もご記入ください。**

次の質問に該当する方はご記入ください。

## 問診票その2

1, 新型コロナウイルスに感染した方、あるいは強く咳き込んでいる方と濃厚接触（のうこうせつしょく）がありましたか？

なし

あり

同居、車内や航空機内等で、2メートル以内での長い時間の会話

個人防護具なしで看護、介護をしていた

感染が疑われる方の気道分泌物、体液等に直接接触した

2, 今回の症状がでる前の2週間以内に外国に行きましたか

なし

あり

国名（ ）

3, 最近、ライブハウス、スポーツクラブ、介護施設、老人ホーム、お祭り、クルーズ船など感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか？

なし

あり

場所（ ）

4, 『帰国者、接触者相談センター』または『保健所』に連絡しましたか？

いいえ

はい

いつ（ ）