

問診票 Questionnaire

氏名 Name	年齢 Age	性別 Sex	身長・体重 height・weight	
フリガナ		男・女 M・F	cm	kg
住所 Address	電話番号 Phone	生年月日 Birthday		
〒 —				
渡航歴（1ヶ月以内）Overseashistory of withinonemonth ()				

該当する項目に○をつけてください。 Please put a circle on the appropriate answer

1. 今日どのような症状がありますか？ What the problem is today? () 平熱

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 鼻がつまる stuffed nose • 鼻汁、くしゃみ nasal running sneeze • 匂いがわからない hyposmia smell • 鼻出血 nasal bleeding (右R/左L) • 頬が痛い cheek pain • 咳が出る coughing • 痰が出る phlegm • 喉に違和感 throat discomfort • 声が嘎れた hoarseness • 首が腫れた neck swelling • のどが痛い sore throat (飲食 可・不可) | <ul style="list-style-type: none"> • 耳が痛い ear pain (右R/左L) • 耳だれが出る discharge from the ear (右R/左L) • 耳が痒い ear itch (右R/左L) • 耳が聞こえない hearing loss (右R/左L) • 耳鳴りがする ear ringing (右R/左L) • 耳がつまる obstruction of ear (右R/左L) • めまいがする dizziness • 味がわからない dysgeusia • 熱がある have a fever () °C • その他 others () |
|---|--|

2. いつからですか？ When did the symptoms start?

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 今日から today • 昨日から yesterday • 急に悪くなった suddenly | <ul style="list-style-type: none"> • () 日前から () days ago • () 年前より () years ago • 徐々に悪くなった gradually |
|--|---|

3. 今までに次の病気をしたことがありますか？ Have you ever got following diseases ?

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 糖尿病 diabetes • 高血圧 hypertension • 心臓病 cardiac disease • 肝臓病 liver disease • けいれん spasm • 喘息 asthma (小児期 ・ 現在継続中) | <ul style="list-style-type: none"> • 結核 tuberculosis • 胃、十二指腸潰瘍 gastric duodenal ulcer • 緑内障 glaucoma 点眼薬名 () • CPAPを使用している using CPAP • 肝炎 hepatitis ・ HIV • その他 others () |
|---|---|

4. 現在何か薬を飲んでいますか？ Are you taking any medicines?

- ない No ・ はい Yes ()

5. アレルギーはありますか？ Do you have any allergies ?

- ない No ・ はい Yes 花粉症 pollen ・ 薬 medicine ()
食べ物 food () ・ その他 ()

6. タバコを吸いますか？ Do you smoke ?

- 吸わない No
• 吸う Yes () 本 cigarettes/日 day 喫煙歴 history () 年 years

7. 女性の方へ For women :

現在妊娠中もしくは授乳中ですか？ Are you pregnant or breast-feeding ?

- 妊娠も授乳もしていない No
- 妊娠しているかもしれない not sure about pregnant
- 予定している plan to get pregnar
- 妊娠中 in pregnancy () 週目 weeks 予定日 (/)
- 授乳中 during breast-feeding now

8. 過去14日以内にコロナウイルス陽性者と接触した、または3密な場所を訪れましたか？

- ない ・ はい