

初めての方はこちらもお書きください

問診票（初めての方）

20 年 月 日

フリガナ

お名前： _____（男・女）

生年月日： 平成・令和 _____年 _____月 _____日

住 所： _____

電話番号：(自宅) _____ (携帯) _____

1 今までに入院したことがありますか？ はい ・ いいえ
（いつ頃： _____）（どこに： _____）
（どんな病気で： _____）

2 ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ
（いつ頃： _____）（何回： _____）
（お熱がありましたか？ _____）

3 生まれた時の様子を教えてください。

妊娠中の状態 問題なし ・ 問題あり（ _____ ）

妊娠（ _____ 週 _____ 日）で出生 生まれた時の体重（ _____ g）

お産（ _____ ）産婦人科で 正常 ・ 問題あり（ _____ ）

生まれたとき 仮死なし ・ 仮死あり

発達 首のすわり（ _____ ）か月 おすわり（ _____ ）か月 ひとり立ち（ _____ ）か月

ひとり歩き（ _____ ）か月 意味のある言葉（ _____ ）か月

健診やその他でなにか異常を指摘されたことがありますか？
（ _____ ）

4 これまでに受けた予防接種に○をつけてください。

※ 母子手帳のコピーについてご了解いただいた方は、記入不要です。

ヒブ（1・2・3・追加） 肺炎球菌（1・2・3・追加） 口タ（1・2・3）

B型肝炎（1・2・3） 四種混合（1・2・3・追加） BCG

麻疹風疹[MR]（1期[1歳]・2期[5歳]） 水ぼうそう（1・2） おたふくかぜ（1・2）

日本脳炎（1期1・2・追加・2期） 二種混合[DT] 子宮頸癌（1・2・3）

5 よろしければご来院のきっかけを教えてください。

ご家族・ご親族のご紹介 ⇒（お名前： _____）

知人・ご友人 ⇒（お名前： _____）

病院・診療所のご紹介 ⇒（病院名： _____）

当院のホームページ iタウンページ ウェブサイト

広告・チラシ 看板 クリニックの前を通過して

その他（ _____ ）

問診票

フリガナ

お名前： _____ (男 ・ 女) 年齢 _____ 歳 ヶ月

体温 _____ °C

体重 _____ kg

◆2週間以内の県外への移動、県外からの移動はありましたか？ (あり ・ なし)

◆付き添いの方の体調不良はありませんか？ (あり ・ なし)

1. 本日はどうされましたか？

現在の症状に○をつけて、いつから始まったかお書きください。

◇ 熱 [あり ・ なし] () 日前から

最高 () °C、それはいつですか？ ()

◇ のどの痛み [あり ・ なし] () 日前から

◇ せき [あり ・ なし] () 日前から (乾燥 ・ 痰がらみ ・ ゼーゼー)

◇ 鼻水 [あり ・ なし] () 日前から (色：)

◇ おう吐 [あり ・ なし] () 日前から (回/日)

◇ 腹痛 [あり ・ なし] () 日前から

◇ 下痢 [あり ・ なし] () 日前から

◇ 発疹 [あり ・ なし] () 日前から (部位)

◇ 頭痛 [あり ・ なし] () 日前から

◇ その他 ()

2. アレルギーがありますか？ (なし ・ あり)

食べ物 () 薬 () その他 ()

3. 現在、ほかの病院で治療中ですか？

いいえ

はい (病院：) で (診断・症状：) と

言われて (月 日) から (薬など：) を飲んでいる。

4. 今日の診察でのご希望

おくすり (シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤)、解熱剤 (坐薬 ・ 内服)

吸入 ・ 吸引 (鼻すい)、検査 ()、診断書など ()

5. ご家族や周囲で流行っている病気はありますか？

()

6. 通っている保育所や学校を教えてください。()

7. ほかに何か聞いておきたいこと、心配なことがあればお書きください。

[]