

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。

[_____]