

## ●新患様問診票●

フリガナ		昭和・平成 年 月 日生
お名前		性別：男・女 年齢： 歳 ヶ月 ※3歳未満の方は〇ヶ月までご記入下さい
ご住所	〒	
お電話番号	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -	

※できるだけ詳しく記入して下さい。※受診歴のある兄弟・姉妹名 ( )

記入者：父・母・祖父・祖母・その他 ( )

来院時の体温： ℃ 現在の体重 k g 解熱剤の最終使用 時

薬のアレルギー：なし・あり ( )

食物アレルギー：なし・あり ( )

通園・通学：なし・あり ( ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校)

●その他、今までに指摘されたことのあるご病気に○をつけて下さい。

気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・

熱性けいれん (今までに 回、最終けいれん 年 月)・てんかん・心疾患 ( )

その他、何か疾患などあればご記入下さい ( )

●本日ご希望される診察にチェックして下さい。

一般診察

予防接種 (ワクチン名： )

●次のような症状はございますか？症状あるものは□にチェックをつけて、お書き下さい。

発熱 (いつから 発熱時からの最高体温 ℃)

せき (いつから 状態：たんがからむ、乾いた感じ、ケンケンいう)

鼻水 (いつから 状態：透明・色がついている・鼻づまり)

嘔吐 (いつから 1日 回、最後に吐いたのは 月 日の 時ごろ)

下痢 (いつから 1日 回 やわらかい・どろどろ・水みたい・血便)

喘鳴 (息をすうときにゼーゼーやヒューヒューいうこと)

(いつから 今回初めて・今までも風邪をひいたときにあり)

発疹 (いつから 場所：全身・顔・体・手足・(他、 )

状態：かゆみはある・ない、膿が出る・(他、 )

腹痛 (いつから おなかのどのあたり )

頭痛 (いつから あたまのどのあたり )

最近の医療機関の最終受診 ( 月 日、 医院・病院・クリニック)

現在の内服薬 (お薬手帳持参あり・なし)

お薬手帳ない方はお薬名をご記入下さい ( )

・睡眠状態 (夜中起きる・眠れている・寝付き悪い)

◎その他の症状や、ご相談されたい内容がございましたらお書きください。