

初診問診票

ふりがな

氏名

男・女

ID

来院日

生年月日 昭・平・令 年 月 日 (歳 ヶ月)

体温

℃

体重

kg

(1) 現在、お困りの症状は何ですか？

発熱・咳・鼻水・喉痛・嘔吐・下痢・腹痛・発疹・低身長・乳児健診・入園健診
その他 ()

(2) 処方されるお薬にご希望はありますか？

散剤(粉薬) ・ シロップ(水薬) ・ 錠剤 ・ 特に希望無し

(3) お薬でアレルギー症状が出た事がありますか？

- はい (薬品名:)
 いいえ

(4) 現在、他の病院に通院していますか？

- はい ()歳頃から(病名:)で(病院名:)に通院中
 いいえ

(5) 現在、服用中のお薬はありますか？

- はい (薬品名:) お薬手帳 ある ・ ない)
 いいえ

(6) 今までに、どのような病気をしましたか？(風邪等は除く)

突発性発疹・はしか・みずぼうそう・おたふく・喘息・アトピー・熱性けいれん・川崎病
その他 ()

(7) 出生時に付いて

()週 ()g 出生 出生時や乳児健診で異常が(あった ・ なかった)

(8) 家族構成と病歴

	年齢	名前/ID	今までにかかった大きな病気とその時の年齢
父	歳		
母	歳		
第一子(男・女)	歳		
第二子(男・女)	歳		
第三子(男・女)	歳		

(9) 緊急連絡先(携帯電話は必ずご記入下さい)

①自宅TEL () ②携帯(母) ③携帯(父)
④勤務先(母) ⑤勤務先(父)

(10) 当院を受診したきっかけを教えてください

家族・兄弟が通院した事がある ・ 近所だから ・ 評判を聞いて ・ 看板を見て
園医校医だから ・ ホームページを見て ・ 新聞記事を見て ・ その他 ()

(11) 特に知りたい事や相談したい事があればご記入下さい