

ID: _____

問診票

受診日	平成	年	月	日	体温 (℃)
フリガナ					性別	男 ・ 女
お名前					体重	kg
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	年齢	歳
住所	〒					
自宅電話			携帯電話	続柄 父・母・その他 ()		

■受診理由をお聞かせください。該当項目に○をお願いします。

いつから ⇒ _____ 頃から

発熱 ・ 頭痛 咳 鼻水 下痢 吐き気・嘔吐 発疹

耳の下の痛み アレルギー相談 発育・発達の相談 母乳育児相談

その他 [_____]

■今までにかかったことのある病気に○をお付けください。

麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ 百日咳 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎

アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ じんま疹 ・ 免疫不全 ・ 心臓病

代謝性疾患 ・ 先天異常・その他(具体的な病名) ⇒ [_____]

■いつも飲んでいる(使っている)お薬はありますか。

なし あり お薬の名前 [_____]

■お薬や食べ物のアレルギーはありますか？お薬手帳がある場合はご提示ください。

なし あり ⇒ [_____]

■ご家族で今までにかかったことのある病気はありますか。

なし あり ⇒ 続柄: _____ [_____]

■当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答でも構いません)

近所に在住 (通勤・通学路) ホームページ ブログ Facebook

検索サイト 知人の紹介 他の医療機関からの紹介 その他 ()

ご記入ありがとうございました。

順番がきましたらお呼びしますので今しばらくお待ち下さい。