

ID: _____

問診票

受診日 令和 年 月 日 体温(°C)

フリガナ		性別	男・女
お名前		体重	kg
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢	歳 ヶ月
住所	〒		
メールアドレス		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 アレルギー相談
発育・発達の相談 母乳育児相談(自費) ワクチン相談(自費)

その他

■ご希望の診療方針

通常の保険診療内 ・ なるべく薬を使いたくない(必要があれば自費診療も考える)

■今までにかかったことのある病気をご記入ください。

■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 使っているもの

■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にはご提示ください。

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。

<例:アレルギー・癌・高血圧・高脂血症など>

なし・あり ⇒ 続柄: _____ 病名:

■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 SNS 検索サイト

知人の紹介(お名前: _____) 他の医療機関からの紹介(機関名: _____)

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いたしますので今しばらくお待ちください。