

問診票 (15歳未満の方)

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 生年月日(昭和・平成) ____年 ____月 ____日 (____才)

住所 _____

TEL _____ 携帯電話 _____ 体重 _____ kg

当診療所を何でお知りになりましたか?

ホームページで お友達から 家族から 看板で その他(_____)

該当する症状に○をつけて下さい。

- ・発熱 (いつから熱がありますか 日前 今日の体温 [AM・PM] 時頃 度 分)
- ・痛み (のど・頭・耳・おなか・陰部・足・胸・首) ・便がでない (日前)
- ・吐気 ・嘔吐 (回数 回 最終嘔吐時間 [AM・PM] 時頃)
- ・下痢 (回) ・尿 (回数 回 自尿最終時間 [AM・PM] 時頃)
- ・せき ・ゼーゼー ・鼻汁 ・目やに ・不機嫌 ・オムツかぶれ
- ・血便 ・食事、水分をとらない ・元気がない

発疹 (ブツブツ) がありますか? ない・ある (顔・足・手・おしり・背中・おなか・口)

他に症状がありましたらご記入下さい。

[_____]

アレルギーはありますか?

ない ある [食物
薬]

けいれん発作の有無 ない・ある (何歳の時ですか?)

今までにかかったことのある病気

はしか みずぼうそう おたふく 風疹 喘息 アトピー その他 ()

今他院でもらっている薬はありますか?

[_____]

予防接種の済んだものに○をつけてください。

- ・不活化ポリオ (① ② ③ ④) ・生ポリオ (① ②) ・BCG ・麻疹風疹混合 (① ②)
- ・三種混合 (① ② ③ 追加) ・ヒブ (① ② ③ 追加) ・肺炎球菌 (① ② ③ 追加)
- ・日本脳炎 (① ② 追加) ・B型肝炎 (① ② ③) ・おたふく ・みずぼうそう
- ・ロタ (① ②) ・二種混合 ・子宮頸がん (① ② ③)

● 診療にあたり待合室等でお名前を呼ばれたくない場合は受付時にお申し出下さい。

問診票 (15歳以上の方)

氏名 _____ (男・女) 生年月日(昭和・平成) ____年 ____月 ____日 (才)

住所 _____

TEL _____ 携帯電話 _____ 体重 _____ kg

当診療所を何でお知りになりましたか?
ホームページで お友達から 家族から 看板で その他 ()

1. どの具合が悪いですか? ()

2. いつから (年 月頃から) どんな症状がでましたか?
()

3. 現在、病気やけがで通院中ですか? (はい・いいえ)
内服薬を教えてください。()

4. 薬(注射,のみ薬,ぬり薬)で発疹がでたり、気分が悪くなったりしたことがありますか?(ある・ない)
(ピリン(風邪薬)・ペニシリン・その他())

5. 次の病気にかかったことがありますか?
喘息 結核 高血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 腎臓病 血液病 神経症
アレルギー 鼻炎 アトピー性皮膚炎 その他 ()

6. 次のことに答えて下さい。
アルコール (飲まない・飲む (量は1日)) 食欲 (良・普通・不良)
たばこ (吸わない・吸う (量は1日 本)) 睡眠 (良・普通・不良)
便秘 (1日 回、又は、 日に1回)

【女性のみ】

最終の生理はいつですか? (月 日) 現在、妊娠中ですか? (はい・いいえ)
現在、授乳中ですか? (はい・いいえ)

7. その他、医師に伝えたいこと。
()

● 診療にあたり待合室等でお名前を呼ばれたくない場合は受付時にお申し出下さい。