

初診問診票(初めての方へ)

平成 年 月 日

(当院では以下の情報を診療目的以外には使用いたしません。)

ふりがな 男
氏名 _____ 女 昭和・平成 年 月 日生 (歳 カ月)

住所 〒 _____ 電話番号 () - _____

最近の体重 () Kg 今の体温 () °C

- 今日はどうされましたか？(あてはまるものにすべて☑をつけてください)
発熱(最高 °C)、せき、たん、ぜいぜい、呼吸困難、鼻水、鼻づまり、頭痛、のどの痛み、腹痛、嘔吐、下痢、発疹、湿疹、けいれん、健診、ワクチン()、アレルギー外来、その他 ()
- いつからですか？
()
- 現在、何かくすりを飲んでいますか？ない ある
(薬品名)
- 今までに飲み薬や注射で発疹が出たり、息苦しくなったことはありますか？
ない ある (薬品名)
- 生まれた時の体重 () グラム 在胎週数 (週 日)
妊娠中の異常： なし あり ()
分娩時の異常： なし あり ()
- 乳児期の栄養は (母乳 混合 人工) 離乳食 () カ月から開始
- 今までにかかった病気
入院： なし あり (病名 歳 カ月)
手術： なし あり (病名 歳 カ月)
その他、大きな病気、けが健診での異常 ()
- 家族構成をお聞かせください。
父 (歳)、母 (歳)、兄 (人)、弟 (人)、姉 (人)、妹 (人)、祖父、祖母
その他 () 家族は本人をいれて合計 (人)
- 来院のきっかけをお聞かせください(あてはまるものひとつ☑をつけてください)
口コミ 看板を見て 電話帳を見て インターネットを見て 近所なので 病院からの紹介
その他 ()
当院のホームページを知っていますか？ はい いいえ

