

* 新患問診票 *

体温 (院内で測定) _____ . _____ °C

(ひらがなで)

おなまえ _____

生年月日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才 _____ ヶ月)

■ どのような症状がありますか？

◇ 発熱【あり・なし】

_____ 頃から _____ °C

◇ 頭痛・せき・たん・のどの痛み・ゼーゼー鼻水・鼻づまり・腹痛・下痢・嘔気・嘔吐
発疹・その他 (_____)

【いつ頃から、どのように続いていますか？】

◇ 定期診察 (_____)

■ からだの状態はどうですか？

◇ 食欲：ある・少しある・ない

◇ 水分：とれている・少しとれている
とれていない

◇ 活気：ある・少しある・ない

◇ 睡眠：とれている・あまりとれていない
とれていない

◇ 尿量：ふつう・少ない

◇ 排便：かたい・普通・やわらかい
出ていない

■ 現在の身長と体重を記入してください

(_____) cm (_____) kg ※大体で結構です

■ すでに診療を受けていますか？

◇ 受けている (病名： _____)
_____ 病院 ◇ 受けていない

■ 現在、使用しているお薬はありますか？

◇ ある (薬剤名： _____) ◇ ない

■ 周囲で、あるいは家族の中で、
はやっている病気はありますか？

◇ ある (病名： _____) ◇ ない

■ 診察以外で特に希望したい
ことはありますか？

◇ 検査 (採血・検尿・レントゲン)
◇ 点滴・吸入・その他 (_____)

■ お薬の希望はありますか？

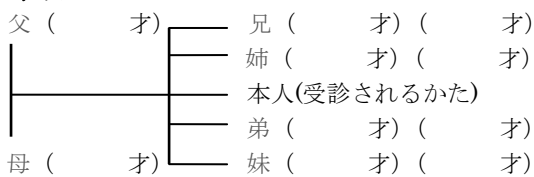
【内服】

◇ 粉・シロップ・錠剤・なんでも可

【熱さまし】

◇ 要る (座薬・粉・シロップ・錠剤・なんでも可)
◇ 要らない

■ 家族歴



■ 出生歴をわかる範囲で記入してください

◇ 妊娠期間 (_____) 週

◇ 生下時体重 (_____) g

◇ 出生経過 異常 有・無

◇ 発達 異常 有・無

■ 今までにかかったことのある病気はありますか？

◇ 突発性発疹 有・無 ◇ 水ぼうそう 有・無

◇ アトピー性皮膚炎 有・無 ◇ おたふく 有・無

◇ ぜんそく 有・無 ◇ 麻疹 有・無

◇ その他のアレルギー 有・無 (はしか)

◇ けいれん 有・無 ◇ 風しん 有・無

◇ その他の病気 有・無

(病名： _____)

◇ 入院歴 有・無

(病名： _____)

■ 現在、通っているのはどこですか？

◇ _____ 保育園・幼稚園 ◇ なし

◇ _____ 小・中・高等学校 _____ 年生

■ お子さんの祖父母、両親、兄弟で

以下の病気になった方はいますか？

※()内に記入してください。

例 高血圧 (祖父) アトピー (兄)

◇ 高血圧 (_____) ◇ 心臓病 (_____)

◇ 糖尿病 (_____) ◇ 肝臓病 (_____)

◇ ぜんそく (_____) ◇ アトピー (_____)

◇ リウマチ (_____) ◇ アレルギー (_____)

■ ご家族に喫煙者はいますか？

○を付けてください。

父・母 / 同居の祖父母 / 同居のおじおば

その他(_____)

■ 予防接種歴把握のため、母子手帳の予防接種ページをコピーさせて頂いてよろしいでしょうか？

はい → 母子手帳を受付にお渡しください

いいえ → 受付からお渡しする別紙に予防接種歴の記入をお願いします。