

* 新患問診票 *

(ひらがなで)

おなまえ _____ 生年月日 H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才 _____ ヶ月)

■熱はありますか？

はい⇒いつから (_____ / _____ から) 何度 (_____ °C ~ _____ °C)

※ 熱が3日以上続いている方は、熱の表にご記入願います。受付にお申し出ください。

■熱以外の症状はありますか？ (当てはまる症状を○で囲んでください)

せき・たん・ゼーゼー・鼻水・鼻づまり・のどの痛み
頭痛・腹痛・下痢・吐き気・おう吐・便秘・発疹
その他 (_____)

■通園・通学はされていますか？ (名称を記載)

はい (_____) 保・幼・小・中・高 / いいえ

■周りで流行っている病気はありますか？

はい (病名 _____) / いいえ

■薬の希望はありますか？

シロップ・粉・錠剤・軟膏 (_____)

解熱剤の希望 (シロップ・粉・錠剤・座薬・今回は不要)

■現在の身長と体重

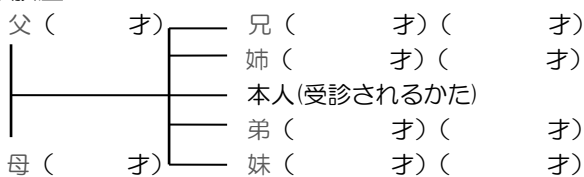
身長 (_____) cm

体重 (_____) kg ※お薬に関係しますので、ごく最近の体重を記入してください

※ 熱が3日以上続いている方・検査や点滴を希望される方は、受付にお申し出下さい

※ 現在、使用しているお薬があれば、お薬手帳を受付にお渡しください

■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、きょうだいで

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おります。(コピーはカルテ記載後破棄いたします)

持参あり → 母子手帳を受付にお渡しください

持参なし → 次回お願いします