

* 新患問診票 *

ID _____

体温 (院内で測定) _____ °C

(ひらがなで)

おなまえ _____ 生年月日 H・R 年 月 日(才 ヶ月)

■ 新型コロナウイルス対策 ■

◆現在のお住まいの市町村 七飯 北斗 函館 森 鹿部 八雲 厚沢部 他()

◆ここ 2 週間以内にお住まいの地域以外にいかれましたか？

はい (地域名:) いいえ

◆いままでに濃厚接触者に該当したことはありますか？

はい いいえ

■いつ頃から・どんな症状ですか？ (当てはまる症状を○で囲んでください)

症状は _____ 頃から

- 発熱・せき・たん・のどの痛み・ゼーゼー・鼻水・鼻づまり・頭痛・
- 腹痛・下痢・はき気・おう吐・便秘・発疹・
- その他 { }

■診察以外の希望 (検査、点滴、吸入、鼻すい)

■熱が 3 日以上続いていますか 【はい、いいえ】

■まわりではやっている病気はありますか？ 【はい、いいえ】 ()

■現在の体重と身長

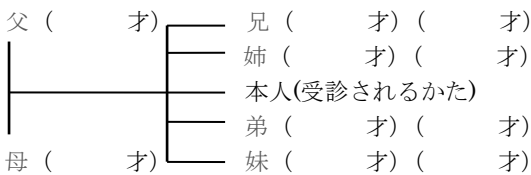
身長 () cm

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 ◇麻しん 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