

< 新患 問診票 > 記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 (男・女) 生年月日 年 月 日 (歳)

住所 (-)

連絡先 - - (保育園・幼稚園・小学校・中学校) 年生

来院時の体温 °C
体重 kg

希望するお薬 ⇒ (粉・シロップ・錠剤・漢方)
解熱剤の希望あり ⇒ (粉・錠剤・座薬)

*新型コロナ患者、あるいは流行地に滞在した方との接触はありますか? (あり・なし)

① 本日はどうされましたか? 当てはまるものに○を付けてください。

いつから (月 日) から

・発熱 ・鼻水 (さらさら・ネバネバ・鼻づまり) ・咳 (乾性 湿性) ・ゼーゼー

・嘔吐 ・下痢 ・腹痛 ・頭痛 ・のどの痛み

・発疹 ()

・味覚 嗅覚異常 ・倦怠感 (だるさ)

その他 ()

② 出生歴を教えてください。

() 週 () g () 病院 (自然・帝王切開・吸引) 分娩

胎児仮死 (あり ・ なし) 健診時の異常指摘 (あり ・ なし)

③ 予防接種について教えてください。

ヒブ (1・2・3・追加) 肺炎球菌 (1・2・3・追加) B型肝炎 (1・2・3) BCG

四種混合 (1・2・3・追加) 麻疹・風疹 (I期・II期) おたふく (1・2)

水痘 (1・2) 日本脳炎 (1・2・追加・II期) 二種混合 ロタ (1・2・3)

④ 今までに薬や食べ物、予防接種などでアレルギーをおこしたことはありますか?

(あり ・ なし) ⇒ ()

⑤ 現在治療中の病気や内服しているお薬はありますか?

(あり ・ なし) ⇒ ()

⑥ ご家族や周りで流行している病気がありましたら教えてください。()

⑦ かかったことのある病気がありましたら○をつけてください。

はしか・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・中耳炎・喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー
熱性けいれん・てんかん・川崎病・心臓病・腎臓病・その他 ()

⑧ よろしければ、当院をどこでおしりになりましたか教えてください。

看板 (当院・電柱・ヤマザワ)・バス車体広告・知人の紹介・ホームページ・その他 ()

※初診の方は母子手帳をお出しください。内服中のお薬がある場合はお薬手帳もおだしくください。