

ID \_\_\_\_\_

< 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

お薬の形⇒ (粉・シロップ・錠剤)

解熱剤⇒ (粉・錠剤・座薬) 必要・不要

付き添い者検温済

付き添い者未検

- ・身近に新型コロナ陽性者の濃厚接触者疑いの方がいらっしゃいましたか？ (あり・なし)  
・ご家族、お友達で具合の悪い方、その他まわりで流行している病気はありますか？  
なし、あり ( \_\_\_\_\_ )

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

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 (痰がらみ・乾燥・ゼーゼー・咳込み)  
・嘔吐 ・下痢 ・腹痛 ・頭痛 ・のどの痛み ・発疹 ( \_\_\_\_\_ )  
・味覚 嗅覚異常 ・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 □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 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 ( \_\_\_\_\_ )

⑦ 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 (当院前・電柱・ヤマザワ) ・バス車体広告 ・市立病院サイネージ ・知人の紹介 ・旧藤木医院を知っていた  
きょうだいの受診 ・WEB (当院ホームページ ・市立病院バナー ・他) その他 ( \_\_\_\_\_ )