

問診票(新患)

ID: _____

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい)

フリガナ		男	平成・令和	年	月	日生
お名前		女		歳	ヶ月	

【住所】 〒 _____

【電話番号】 _____

【携帯番号】 _____

現在の体温: _____ °C 現在の体重: _____ kg 現在の身長: _____ cm

☆今日はどうのような症状で来院されましたか?

☆症状はいつ頃から始まりましたか?

☆当院以外に受診している医療機関・現在処方されている薬はありますか? なし ・ あり

医療機関: _____ 処方薬 _____

☆妊娠中から出生時までの様子について 出生した病院: _____

妊娠中 異常なし・異常あり 内容: _____

出生時 出生体重 _____ g 週数 _____ 週 日

異常なし・異常あり 内容: _____

☆乳幼児期に発育、発達について心配なことはありましたか? なし ・ あり

具体的に: _____

☆今までにかかった病気はありますか?

熱性けいれん・けいれん・麻疹(はしか)・風疹(三日はしか)・みずぼうそう・おたふくかぜ・ぜんそく
突発性発疹・アトピー性皮膚炎・花粉症・肝炎・腎炎・脳炎・髄膜炎・百日咳

☆今までに受けた予防接種(回数もご記入ください)

BCG・B型肝炎(_____ 回)・ヒブ(_____ 回)・小児用肺炎球菌(_____ 回)

ロタウイルス(_____ 回)・四種混合(_____ 回)・MR(_____ 回)・みずぼうそう(_____ 回)

おたふくかぜ(_____ 回)・日本脳炎・A型肝炎・子宮頸がん・二種混合(DT)・不活化ポリオ(_____ 回)

その他: _____

☆ご家族の病気はありますか?

結核・遺伝性の病気・精神神経系の病気・ぜんそく・アトピー性皮膚炎・花粉症

その他: _____

☆ご本人のアレルギーはありますか?(食品・薬剤などを含む) なし ・ あり

内容: _____

★当院をお知りになったきっかけはなんですか?

家族・知人・インターネット・竹ノ塚駅看板・電柱広告・近所
ベルクスそば看板・栗六陸橋看板・尾久橋通り看板・新里町看板

その他: _____

ちばこどもクリニック