

問診票(成人)

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 ・ 女	生年月日			
お名前			大・昭	年	月	日生
			平・令			
			年齢:		歳	ヶ月

【住所】 〒 _____

【電話番号】 _____

【携帯番号】 _____

現在の体重: _____ kg 現在の身長: _____ cm

現在の体温: _____

今日はど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 _____

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)

B C G ・ ポリオ(_____ 回) ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ みずぼうそう(_____ 回) ・ おたふくかぜ(_____ 回) ・ 肺炎球菌

B型肝炎・A型肝炎・日本脳炎・三種混合(_____ 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: _____