

# 問診票

初診日 年 月 日 ID

フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和・平成				
氏名	年 月 日生	( )歳	男・女	ご職業	( )	
ご住所 〒( )				マンション名	( )	号室
電話番号	○自宅 ( )	—	○携帯	—	—	
※緊急連絡先	—	—	(お名前:		続柄:	)

- 1) 今日はどのようなことでお越しになりましたか？  
熱がある・喉が痛い・痰が絡む・咳(乾いた咳、痰が絡む咳)・鼻水・お腹が痛い・下痢・吐き気・嘔吐  
その他 ( ) それはいつ頃からですか？ ( ) 前頃から
- 2) 今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか？また、ご家族の方はいかがでしょうか？  
はい(病名は: )・いいえ
- 3) 今までに手術を受けたことがありますか？  
はい(手術名は: )・いいえ
- 4) 今までに輸血を受けたことがありますか？ はい・いいえ
- 5) 今までに生活習慣病(糖尿病・高血圧・高脂血症)を指摘されたことがありますか？ はい・いいえ
- 6) 生活習慣についておたずねします。  
a) アルコールは飲みますか？ はい( )を1日 / 年間・いいえ  
b) 煙草を吸いますか？ はい(1日 本を 年間)・いいえ  
c) 睡眠時間はどれくらいですか？ ( ) 時間
- 7) 薬を飲んだり注射を受けた後で気分が悪くなったり、身体にぼつぼつが出たことがありますか？  
はい(分かれば具体的に: )・いいえ
- 8) 女性の方にうかがいます。 妊娠されていますか？ はい・( )カ月)・可能性あり・いいえ  
現在授乳中ですか？ はい・いいえ
- 9) その他ご質問されたいことがあればお書きください。
- 10) 当クリニックをどのようにして知られましたか？ 近所なので・お知り合いの方に聞いて ( ) 様  
ネット・広告で ( ) ・その他 ( )

ありがとうございました。  
ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。

# 問診票

小児用

初診日 年 月 日 ID

フリガナ	生年月日	平成
氏名	年 月 日生	( )歳( )ヵ月 男・女 園・学校名( )
ご住所 〒( - )		マンション名( 号室)
電話番号	○自宅 ( ) -	○携帯 - -
※緊急連絡先	- -	(お名前: 続柄: )

- 1) 今日はどのようなことでお越しになりましたか？  
熱がある・喉が痛い・痰が絡む・咳(乾いた咳、痰が絡む咳)・鼻水・お腹が痛い・下痢・吐き気・嘔吐  
その他 ( ) それはいつ頃からですか？ ( 前頃から )
- 2) 今までに、どんな病気にかかりましたか？  
はしか、おたふくかぜ、水ぼうそう、風疹、百日咳、川崎病、溶連菌感染症、その他 ( )
- 3) 入院するような大きな病気にかかったことがありますか？また、ご家族の方はいかがでしょうか？  
( なし / あり : \_\_\_\_\_ )
- 4) 手術を受けたことがありますか？  
( なし / あり : 何の \_\_\_\_\_ いつ \_\_\_\_\_ 歳 )
- 5) ひきつけを起こしたことがありますか？  
( なし / あり : どんなときに \_\_\_\_\_ 歳ごろから \_\_\_\_\_ 回くらい )
- 6) 出生時、新生時期についてお聞かせください。  
出生体重は ( g )  
新生児期に、何か異常がありましたか？  
( なし / あり : \_\_\_\_\_ )
- 7) 薬を飲んだり注射を受けた後で気分が悪くなったり、身体にぼつぼつが出たことがありますか？  
( なし / あり : 何の薬で \_\_\_\_\_ )
- 8) 食べ物のアレルギーはありますか？  
( なし / あり : 牛乳, 卵, その他 \_\_\_\_\_ )
- 9) その他、特にご心配なことやご質問されたいことがあればお書きください。
- 10) 当クリニックをどのようにして知られましたか？ 近所なので・お知り合いの方に聞いて ( 様 )  
ネット・広告で ( )・その他 ( )

ありがとうございました。  
ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。