

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。