

平成 年 月 日 問 診 票 (新規)

住所・氏名等				
ご本人について	ご住所	〒 ー		
	ふりがな			
	お名前			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳 ヲ月)		
	性別	男 ・ 女	体重	k g (ご不明の場合は測ります)
	電話番号	ー ー		
	当クリニックをお知りになったきっかけ	1. 近所だったから 2. 看板を見て(駅の看板 ・ 電柱看板) 3. 家族が通っているから 4. ご紹介 5. ホームページ 6. その他のWebサイト(サイト名:) 7. その他()		

これまでにかかった病気	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん () 回/最後は (年 月頃) <input type="checkbox"/> その他(具体的に…)
ご本人のアレルギー	<input type="checkbox"/> 薬・薬液(具体的に…) <input type="checkbox"/> 食物(具体的に…) <input type="checkbox"/> その他(具体的に…) <input type="checkbox"/> 該当なし
ご家族のアレルギーや病歴	<input type="checkbox"/> アレルギー(どなた 具体的に…) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎(どなた) <input type="checkbox"/> 喘息(どなた) <input type="checkbox"/> その他の病気(どなた 具体的に…) <input type="checkbox"/> 該当なし

※ お薬の種類を選んで下さい ※		
錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 坐薬 ・ どれでもよい		
症 状	いつから	どんな(程度や様子)
<input type="checkbox"/> 発熱	日前~	_____ °C
		※解熱剤の最終使用時間 時 分
<input type="checkbox"/> 頭痛	日前~	
<input type="checkbox"/> 咳	日前~	
<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	日前~	
<input type="checkbox"/> 喉が痛い	日前~	
<input type="checkbox"/> 口唇・口内痛	日前~	
目の症状	<input type="checkbox"/> 目やに	日前~
	<input type="checkbox"/> 目の痒み	日前~
	<input type="checkbox"/> 充血	日前~
おなかの症状	<input type="checkbox"/> 下痢	日前~ 水様便 ・ 軟便
	<input type="checkbox"/> 血便	日前~
	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	日前~
	<input type="checkbox"/> 腹痛	日前~
<input type="checkbox"/> 便秘	最終便	日前
皮膚の症状	<input type="checkbox"/> 発疹	日前~
	<input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥	日前~
その他	水痘・おたふくかぜの疑いがある方は受付にお申し出ください	

※他院のお薬を服用されている方は、お薬手帳も一緒に受付へお渡し下さい