

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 | 〒 - | | |
| | 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 | - - | | |
| | 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