

# 問 診 票

以下の項目につきご記入お願いいたします。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

ふりがな		男女	生年月日		体重 (現在)		体温 (本日)	
お名前		男 女						
ご住所	〒 _____				お電話番号	自宅	-	-
					携帯	-	-	

本日はどうされましたか？

受診された病状のうちで最も重要なものは何ですか？

( \_\_\_\_\_ )

今までの経過を簡単にお書きください。

上記以外の住所連絡先(実家など)

妊娠・分娩の情報をお教えてください

出生体重 \_\_\_\_\_ g 在胎週数 \_\_\_\_\_ 週

妊娠中や出産時に何か問題がありましたらお教えてください。

( \_\_\_\_\_ )

いままでにかかれた病気にまるを付けてください。

麻疹(はしか) 水痘(水ぼうそう) 風疹(3日ばしか) 流行性耳下腺炎(おたふく)

喘息 アトピー性皮膚炎 その他のアレルギー(食事・薬) けいれん(発熱時・無熱時)

入院されたことはありますか(なし・あり【年齢 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_】)

その他の大きな病気( \_\_\_\_\_ )

お済みの予防接種にまるを付けてください

ヒブ【1・2・3・4】 肺炎球菌【1・2・3・4】 ロタ【1・2・3】 B型肝炎【1・2・3】 四種混合(DPT-IPV)【1・2・3・4】

BCG 三種混合(DPT)【1・2・3・4】 不活化ポリオ【1・2・3・4】 生ポリオ【1・2】 麻疹・風疹(MR)【1・2】

水痘【1・2】 流行性耳下腺炎(おたふく)【1・2】 日本脳炎【1・2・3・4】 子宮頸がん【1・2・3】

ご家族の情報をお知らせください

ご兄弟は何人ですか?(兄 \_\_\_\_\_ 人, 弟 \_\_\_\_\_ 人, 姉 \_\_\_\_\_ 人, 妹 \_\_\_\_\_ 人)

同じような症状の方はいらっしゃいますか?(いない, いる: \_\_\_\_\_ )

今までに大きい病気をされた方はいらっしゃいますか?

( \_\_\_\_\_ )

当クリニックの情報は何を通じてご存じになりましたか？

・駅の看板 ・クリニック前の看板 ・電柱広告 ・ホームページ ・知人の紹介 ・その他( \_\_\_\_\_ )

どうもありがとうございました。ご記入いただきました事項につきましては秘密を厳守し、今後の治療に役立てさせていただきます。