

# 初診問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

生年月日

〒

\_\_\_\_\_ 年 月 日

ご住所

電話番号 自宅 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ※緊急時の連絡に必要なため、  
携帯 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (父・母・祖父母) 自宅・携帯の両方ご記入ください

体重 \_\_\_\_\_ kg 体温(来院時) \_\_\_\_\_ °C (ある方は)こすぎ耳鼻科の診察券No.:

◎本日はどうされましたか？ あてはまるものに○をつけて下さい

・発熱 → いつからですか？( 月 日 / 時から)(最高 \_\_\_\_\_ °C)

・咳(ゼロゼロ・コンコン・ケンケン・ゴホゴホ・セイセイ・その他)

・発疹(場所 \_\_\_\_\_)・耳の下のはれ、痛み ・鼻汁 ・腹痛 ・下痢

・便秘 ・嘔吐( 回 ) ・その他( \_\_\_\_\_ )

} いつからですか？( 月 日 ~ )

◎その症状で他の医療機関を受診していますか？

している(こすぎ耳鼻咽喉科クリニック・その他) \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ していない

◎他の症状で医療機関を受診していますか？

している(こすぎ耳鼻咽喉科クリニック・その他) \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ していない

◎他医療機関からの紹介状はお持ちですか？ いいえ ・ はい(受付に提出してください)

◎通われている施設はありますか？ ある(園名・学校名 \_\_\_\_\_) ・ ない

◎周囲で流行っている病気はありますか？

いいえ ・ はい(病名 \_\_\_\_\_)

◎現在使用している薬はありますか？(当院以外のお薬を服用されてる方はお薬手帳を提出して下さい)

なし ・ あり →(当院処方/その他→お薬手帳を提出して下さい)

◎次のような病気に罹ったことがありますか？ ○をつけて下さい

けいれん(熱あり \_\_\_\_\_ 回 熱なし \_\_\_\_\_ 回)

麻しん(はしか) ・風疹 ・おたふくかぜ ・水ぼうそう ・突発性発疹( \_\_\_\_\_ 回)

川崎病 ・ぜんそく ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎 ・その他( \_\_\_\_\_ )

◎食べ物や薬でアレルギー症状がでたり、具合が悪くなったことはありますか？

いいえ ・ はい( \_\_\_\_\_ )

◎出生時のご様子について教えてください。

在胎週数( \_\_\_\_\_ )週 出生体重( \_\_\_\_\_ )g

◎当院にかかられているご家族はいますか？

いいえ ・ はい(名前 \_\_\_\_\_ )

◎マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ(※保険証提示の方は“いいえ”に丸)