

# 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

体温(来院時) \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg (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下さい。

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)