

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)