

初診問診票

フリガナ

性別

氏名

男・女

生年月日

S・H 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)

・

℃

◎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？ (/ ~) (最高 ℃)

・咳(ゼロゼロ・コンコン・ケンケン・ゴホゴホ・ゼイゼイ・その他)

・発疹 ・耳の下のはれ、痛み ・鼻汁 ・腹痛 ・下痢

・便秘 ・嘔吐 ・その他()

} いつからですか？ (/ ~)

◎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

◎通われている施設はありますか？※未就学方のみ ある (保育園 ・ 幼稚園) ・ 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？ (お薬手帳をお持ちの際は、受付にご提出ください)

なし ・ あり (薬名

)

◎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)

麻疹(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。※小学生未満のお子様はご記入下さい

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

)

◎当クリニックはどのようにお知りになりましたか？ ○をつけて下さい

・インターネットで検索

・タウンページ

・設置看板

・人から聞いて

・ちらし、広告

・耳鼻科を受診(本人・その他

)