

# 問診票

ふりがな お名前				男 ・ 女
生年月日	年	月	日 ( 歳 ヶ月)	電話番号
ご住所 (〒 — )				

身長	cm ( 年 月)	体重	Kg ( 年 月)	体温	℃
----	-----------	----	-----------	----	---

●《診察の方》あてはまる症状に○をつけてください。  
 発熱 のどの痛み せき・たん 鼻水 頭痛 腹痛 吐き気・おう吐 下痢  
 息苦しい 発疹 関節の痛み その他 ( )

●《診察の方》症状はいつ頃からありますか？  
 ( )

●現在、他院でお薬を処方されていますか？(内服、外用薬など)  
 はい ・ いいえ お薬手帳は診察室で医師にご提示をお願いします。

●現在、他に治療中の病気はありますか？  
 はい ・ いいえ  
 病名 ( ) いつから ( )  
 かかりつけ医療機関 ( )

●けいれん(ひきつけ)を起こしたことはありますか？  
 はい ・ いいえ  
 熱性 ・ 無熱性 年齢 ( ) 回数 ( )

●アレルギーはありますか？  
 はい ・ いいえ  
 ( )

●今まで大きな病気にかかった、または入院されたことはありますか？  
 はい ・ いいえ  
 病名 ( )  
 年齢 ( ) 病院 ( )

●集団生活をしていますか？  
 はい ・ いいえ  
 保育園、幼稚園、学校名 ( )

●お薬の希望はありますか？  
 はい ・ いいえ  
 シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ 坐薬 ・ 1日2回 ・ 1日3回

●当院を知ったきっかけを教えてください。  
 WEB ・ チラシ ・ 看板 ・ 区の情報 ・ 知人の紹介 ・ めぐりんの放送広告  
 その他 ( )