



# 問診票(初診用)

受診日 平成 年 月 日

ふりかな

お名前 \_\_\_\_\_ 体温(当院で測定したもの) \_\_\_\_\_ °C

生年月日 平・昭 年 月 日

(1) 本日はどのような症状で来院されましたか？

いつ頃から：

症状：

(2) 現在、他院にて治療中の病気はありますか？(はい・いいえ)

病院名：

病名：

内服中の薬剤：

(3) 今までにかかった病気はありますか？該当するものに○を付けてください。

・いつ頃から？( )

気管支喘息 ・ 喘息性気管支炎 ・ 急性肺炎 ・ アトピー性皮膚炎

アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー( )

熱性痙攣 ・ 水痘 ・ おたふく ・ 溶連菌感染症 ・ 副鼻腔炎

心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 虫垂炎 ・ 胃潰瘍

悪性腫瘍(部位

)その他( )

・入院されたことはありますか？( はい ・ いいえ )(病名

・手術されたことはありますか？( はい ・ いいえ )(病名

(4) お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

「はい」とお答えの方 → お薬・食べ物の名前 ( )



## 【こどもの患者様について】

(1) 生まれた時の体重 \_\_\_\_\_ g 現在の体重 \_\_\_\_\_ g

(2) ご家族について教えてください。

兄 ( 年 月 日生 ) ( 年 月 日生 )

弟 ( 年 月 日生 ) ( 年 月 日生 )

姉 ( 年 月 日生 ) ( 年 月 日生 )

妹 ( 年 月 日生 ) ( 年 月 日生 )

(3) お薬についてご希望がありましたら○を付けてください。

粉薬・シロップ・錠剤・その他 ( )

(4) 幼稚園・保育園・学校名( )周りの流行(なし・あり 病名: )



## 【大人の患者様について】

(1) 嗜好品についてお聞きします。

たばこ：吸わない・吸う ( 1日 本 / 約 年間 )

酒：飲まない・飲む(量 1回 杯 / 頻度 週 回 ・ 月 回 )

(2) 女性にお聞きします。

妊娠中ですか？(はい・いいえ)

授乳中ですか？(はい・いいえ)

月経(順調・不調)

閉経(

才) ご協力ありがとうございました。

高重記念クリニック