



問診票(初診用)

受診日 令和 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・令 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