

問診票

受診日 年 月 日

お名前	フリガナ ()	生年月日 性別・年齢	大・昭・平 年 月 日 男・女 歳
住所	〒		
電話番号	自宅: ()	携帯: - -	

●今日はどんな症状で来院されましたか？該当する□にチェックをお願いします。

1. 症状 発症日(いつ頃～) 体温(°C)
痛み 頭 喉 胸 お腹 その他 ()
発熱・倦怠感 鼻水・鼻つまり 咳・痰 息苦しい
下痢 便秘 皮膚のかゆみ 動悸 めまい・ふらつき
不眠 食欲 () 吐気～嘔吐
その他 ()
2. 来院目的 相談・治療 紹介状希望 外科処置 健康診断
検査(具体的に)
3. 持参書類 なし 紹介状 健診報告書 その他 ()
4. 現在もっている病気 なし あり
通院中の病気 内科 外科 眼科 皮膚科 泌尿器科 整形外科
その他、病院名 ()
病名 高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症 喘息
心疾患 腎疾患 アレルギー性疾患
その他 ()
5. 現在飲んでいる薬 なし あり
薬のなまえ ()
6. 過去にかかった大きな病気 なし ある 病名 () 発症 年 月
7. 薬・食べ物のアレルギー なし ある該当する薬や食べ物のなまえ ()
8. 喫煙 なし あり () 本/日
飲酒 なし あり 週 () 日 種類・酒量 ()
9. 妊娠 なし あり → () カ月 授乳 なし あり → () 歳 カ月
10. お薬手帳 なし あり

小児問診票

受診日 年 月 日

お子様 お名前	フリガナ ()	生年月日 年齢	平成 年 月 日 令和 歳 カ月
記入者 続柄	母親・父親・祖父母・その他 () 保護者携帯: - -	性別 体重	男 ・ 女 Kg
住所	〒		
電話番号	自宅: ()		

●今日はどんな症状で来院されましたか？該当する□にチェックをお願いします。

1.症状 どのようなことが、いつから始まり、どのように経過していますか？

(検温 °C)

2.上記の症状で他院を受診されましたか？ いいえ はい (病院名)

その病院ではなんと言われましたか？ ()

お薬は処方されましたか？ いいえ はい (薬名)

3.1ヶ月以内に予防接種を受けたものを教えてください。

麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ BCG 三種混合 二種混合

その他 ()

4.お子様がかかったことのある病気をおしえてください。

麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ 百日咳 リンゴ病 手足口病

熱性けいれん 突発性発疹 てんかん 喘息 アトピー性皮膚炎

花粉症 心臓病 腎臓病 肝臓病 代謝性疾患 先天異常

その他 ()

その他入院を必要とした病気 ()

5. 薬疹・薬による副作用 (薬品名)

アレルギーはありますか？ (食品名)

6.お薬手帳をお持ちですか？ いいえ はい

