

ID _____

< 新患 問診票 > 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

お名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 (_____ - _____) _____

連絡先 _____ - _____ - _____ (保育園・幼稚園・小学校・中学校) _____ 年生

来院時の体温 _____ °C

体重 _____ kg

希望するお薬 ⇒ (粉・シロップ・錠剤・漢方)

解熱剤の希望あり ⇒ (粉・錠剤・座薬)

付き添い者検温済 付き添い者未検

*身近に、新型コロナウイルス陽性者の濃厚接触者疑いの方がいらっしゃいますか？(あり・なし)

① 本日はどうされましたか？当てはまるものに○を付けてください。

いつから (_____ 月 _____ 日) から

・発熱 ・鼻水 (さらさら・ネバネバ・鼻づまり) ・咳 (乾性 湿性) ・ゼーゼー

・嘔吐 ・下痢 ・腹痛 ・頭痛 ・のどの痛み

・発疹 (_____)

・味覚 嗅覚異常 ・倦怠感 (だるさ)

その他 (_____)

② 出生歴を教えてください。

(_____) 週 (_____) g (_____) 病院 (自然・帝王切開・吸引) 分娩

胎児仮死 (あり ・ なし) 健診時の異常指摘 (あり ・ なし)

③ 予防接種について教えてください。

ヒブ (1・2・3・追加) 肺炎球菌 (1・2・3・追加) B型肝炎 (1・2・3) BCG

四種混合 (1・2・3・追加) 麻疹・風疹 (I期・II期) おたふく (1・2)

水痘 (1・2) 日本脳炎 (1・2・追加・II期) 二種混合 □タ (1・2・3)

④ 今までに薬や食べ物、予防接種などでアレルギーをおこしたことはありますか？

(あり ・ なし) ⇒ (_____)

⑤ 現在治療中の病気や内服しているお薬はありますか？

(あり ・ なし) ⇒ (_____)

⑥ ご家族や周りで流行している病気がありましたら教えてください。(_____)

⑦ かかったことのある病気がありましたら○をつけてください。

はしか・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・中耳炎・喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー
熱性けいれん・てんかん・川崎病・心臓病・腎臓病・その他 (_____)

⑧ よろしければ、当院をどこでおしりになりましたか教えてください。

看板 (当院前・電柱・ヤマザワ)・バス車体広告・知人の紹介・親が知っていた・きょうだいの受診・

ホームページ (当院HP・市立病院バナー)・その他 (_____)

※初診の方は母子手帳をお出しください。内服中のお薬がある場合はお薬手帳もおだしくください。