

新患問診票

年 月 日

フリガナ	生年月日		
氏名	男・女	H · R	年 月 日
		(才 カ月)
フリガナ			
住所	電話番号 () -		
体温	、	℃	体重 k g
※当院にも体重計はあります。			
いつから、どのような症状ですか？			
なかでも、1番困っている症状は何ですか？ ()			
周りで流行しているものがあれば記入してください ()			
出生時のことについて記入してください			
在胎 () 週	分娩 (正常 · 吸引 · 帝王切開)
出生体重 () g	その他 (光線療法 · チアノーゼ · 呼吸障害))
ご兄弟はいますか？			
兄 () 人	姉 () 人	弟 () 人	妹 () 人
薬や食べ物でアレルギーはありますか？			
無 · 有	→	具体的にお書きください ()
生まれつきの持病はありますか？			
無 · 有	→	具体的にお書きください ()
解熱剤はお持ちですか？			
有 · 無	→	解熱剤の形態の希望があれば○をつけて下さい	
	坐薬	·	飲み薬
お薬の形態はどうされますか？ →シロップ () 粉末 () 錠剤 ()			
※薬によってご希望に添えないものもあります			

★他院のお薬を飲んでいる方は、受付にお薬手帳をお出しください