

# 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                                     | 、 °C       | 体重                     | k g     |
| ※体重は院内にある体重計で測定した値をご記入ください             |            |                        |         |
| 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 ( )            |            |                        |         |
| 通っている保育園・幼稚園・学校名 ( )                   |            |                        |         |
| 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 (          | )       |
| 生まれつきの持病や入院歴はありますか？                    |            |                        |         |
| 無 · 有                                  | →          | 病名をお書きください (           | )       |
| 解熱剤は必要ですか？                             |            |                        |         |
| いない · いる                               | →          | 処方時の解熱剤の形態の希望に○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                  |            |                        |         |

★お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください