

新患問診票



きたなかこども成長クリニック

| | | | | | |
|-------------|--------|-------|------|---------|-------|
| 20 年 月 日 | | | | | |
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 |
| お名前 | | | | (才 か月) | |
| ご住所 | (〒 -) | 電話番号① | (続柄) | | |
| | | 電話番号② | (続柄) | | |
| 保育園・幼稚園・学校名 | | | | 年 | |

本日はどのような症状でいらっしゃいましたか。いつごろから、どのような。

★身長・思春期など内分泌での受診の場合は、どのような心配や相談かを具体的にご記入ください

その症状について受診されたことはありますか

ない・ある (どこ:)

(説明:)

◇診療の参考になりますので、差し支えない範囲でご記入ください。

| | |
|------------------------------|--|
| 家族構成 | 父 才 (職業:)、母 才 (職業:) |
| | きょうだい (名前、年齢) その他同居の方 |
| 出生状況 | 在胎週数: 週 日 出生体重: g 出生身長: cm |
| | 何か異常はありましたか ない・ある () |
| 予防接種で受けたものはどれですか | ロタ ヒブ 肺炎球菌 四種混合 五種混合 BCG |
| | ポリオ 三種混合 MR (麻疹・風疹混合) おたふく 水痘 日本脳炎 |
| | 二種混合 B型肝炎 その他 () |
| 次の病気にかかったことはありますか | 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 |
| | 突発性発疹 水痘 おたふく RSウイルス感染症 熱性けいれん 川崎病 心疾患 腎疾患 |
| 他に今まで大きな病気や特別な病気にかかりましたか | |
| | いいえ・はい (年齢: 病名:) |
| 常用している薬やサプリメントはありますか | |
| | いいえ・はい () |
| 薬や食べ物のアレルギーはありますか | |
| | いいえ・はい () |
| 当院を何でお知りになりましたか | ホームページ ネット情報 (サイト) 通りがかり |
| | 口コミ・紹介 (どなたから) 看板 (建物・電柱・駅) その他 () |
| その他、ご希望や聞きたいことがありましたらお書きください | |

※お書きいただいた情報は診療目的以外には使用いたしません