

## <問診票(新患用)>

ふりがな  
氏名

男・女

生年月日 R・H 年 月 日 年齢 才 カ月 日  
住所 〒

電話番号(自宅) (携帯: 本人・父・母)  
・ 集団生活: なし・保育園・幼稚園・こども園・小・中・高校・他( )  
・ 乳児の場合: 母乳・混合・ミルク・離乳食  
・ 出生状況: (母子手帳を提出してください。)  
週 日、 g 黄疸: なし・普通・強  
異常: なし・あり( )  
第 子、兄弟: なし・あり( 兄・姉・弟・妹 )

1. 診察目的 来院時の体温 °C・体重 g・Kg

いつから、どのような症状がありましたか?

ワクチン・健診の方は希望のワクチン名・健診名をお願いします。(母子手帳を提出してください。)  
心配ごとや相談などについても遠慮なくご記入ください。

### 2. 周囲の流行疾患

なし・あり(家族内・保育園・幼稚園・こども園・小学・中学・高校・職場・その他: )  
発熱・せき・胃腸炎(下痢)・インフルエンザA、B・水痘・おたふくかぜ・麻疹・風疹  
RSウイルス・夏かぜ・手足口病・ヘルパンギーナ・プール熱(アデノウイルス)・りんご病  
マイコプラズマ・溶連菌感染症・百日ぜき・結膜炎  
その他:

### 3. 現在服用中のお薬 (お薬手帳を提出してください。)

病名「 」のため「 科」で 月 日から 日分  
お薬の名前(お薬手帳を提出の方は記入不要です。):

### 4. アレルギー体質はありますか? (検査結果があれば提出してください。)

なし・あり お薬: 食物: 卵・牛乳・その他;  
花粉など: スギ・ヒノキ・カモガヤ・ブタクサ・ハウスダスト・ダニ・その他;

※裏面にもご記入をお願いします。

5. **今までかかったことがある病気は？**

麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・RSウイルス・インフルエンザ・マイコプラズマ・突発性発疹・百日咳手足口病・ヘルパンギーナ・プール熱（アデノウイルス）・りんご病・溶連菌感染症・川崎病・尿路感染症腎炎・扁桃炎・中耳炎・肺炎・先天性心疾患・熱性けいれん・アレルギー性鼻炎・花粉症・じんましん

気管支ぜんそく・アトピー性皮膚炎・その他：

6. **家族の方で病気のある方はいますか？**

気管支ぜんそく・花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎  
高血圧・心臓病・腎臓病・肝臓病・糖尿病・膠原病  
その他：

7. **家族内でタバコを吸う人はいますか？**

いない

いる：父・母・祖父・祖母・その他：

8. **当院を受診されたきっかけをお聞かせください。**

家族がかかっている・近所・知人のすすめ

ホームページ（インターネット）・NTT 電話帳・たて看板・広告

休日当番医

その他：

**ありがとうございました。**

\* **「新型コロナ関連問診票」もご記入ください。**

「かぜ」症状がない方（付き添いも含めて）で、問診票事項で、すべて【いいえ】の方は、**予防接種・健診用の非感染者専用待合室**でお待ちいただきます。

\* **具合の悪い方は遠慮なく受付までお申し出ください。**

\* 初めてのの方はカルテ作成に時間がかかりますので少々お待ちいただくことがあります。

ご了承ください。