

# 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			
		携帯番号	(続柄)		
保育園・幼稚園・学校名				年	

※看護師記入欄

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	体温
	℃
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: )	
周囲で流行している感染症はありますか?	ない・ある ( )
最近(1ヶ月以内)に海外に行かれましたか?	いいえ・はい ( )

◇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 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: )	
薬や食べ物のアレルギーはありますか	
いいえ・はい ( )	
薬はどれがご希望ですか(診察時にご相談で決めます)	粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤
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 看板(建物・電柱・駅) チラシ
	口コミ 紹介(どなたから ) 通りがかり バスアナウンス 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