

# 問診票 初めて受診される方

以下の場合、速やかに受付に伝えてください。

・重症または緊急の場合：

(けいれん、意識がはっきりしない、ぐったり、顔色が悪い、冷や汗、呼吸が苦しそう、激しく痛がるなど)

・隔離が必要な場合：

発疹や耳の下の腫れがある場合、水ぼうそう、おたふくかぜ、インフルエンザなどが疑われる場合

受診日：平成 年 月 日

記入者：[ 母、 父、 その他( ) ]

ふりがな

お名前： \_\_\_\_\_ 性別：[ 男、 女 ] 生年月日：平成 年 月 日

〒

ご自宅の電話：

ご住所：

携帯電話：

(アパート・マンション名、部屋番号もご記入ください)

体温： \_\_\_\_\_ 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

1. いつからどんな症状がどのように経過しているかを教えてください：

[ \_\_\_\_\_ ]

2. その他に気になることや相談したいことがございましたらご記入ください：

[ \_\_\_\_\_ ]

3. これまでにかかった病気などについて記入してください：

在胎期間： \_\_\_\_\_ 週 日 出生体重： \_\_\_\_\_ g 仮死：[ なし、 あり]

NICU入院歴：[ なし、 あり( ) ]

熱性けいれん

てんかん

発達の遅れ

突発性発疹症

水ぼうそう

おたふくかぜ

川崎病

気管支喘息

アトピー性皮膚炎

アレルギー性結膜炎

アレルギー性鼻炎

その他に長期に通院したり、入院や手術を受けたなどの病気や怪我があれば記入してください：

[ \_\_\_\_\_ ]

アレルギー：[ なし、 あり]

[ \_\_\_\_\_ ]

4. ご家族のご病気があれば記入してください：[ なし、 あり]

[ \_\_\_\_\_ ]

5. 以前に旧・竹内医院を受診したことがありますか：

[ ない、 ある(最終受診日：平成 年 月頃)]



ご協力ありがとうございました