

新患問診表

(フリガナ)

名前： _____ 生年月日（西暦）： _____ (男・女)

住所：〒 _____

携帯番号：(父・母) _____

自宅電話： _____

所属： _____ 幼稚園、保育園、各種施設、小学校、中学校、高校

同居されている方を教えてください。

父： _____ 年 月 日生 (職種： _____)

母： _____ 年 月 日生 (職種： _____)

きょうだい ()： _____ 年 月 日生 (学年や職種： _____)

きょうだい ()： _____ 年 月 日生 (学年や職種： _____)

きょうだい ()： _____ 年 月 日生 (学年や職種： _____)

祖父： _____ 年 月 日生 (職種： _____)

祖母： _____ 年 月 日生 (職種： _____)

以下の症状がある方はをお願いします。

発熱 (家で _____ 度)、 咳、 鼻汁、 嘔吐、 下痢

本日はどうなさいましたか？ (いつから)

上記のことで他院を受診されましたか？ はい、いいえ

はいの方にお尋ねします、病院名と処方薬を教えてください

病院名： _____

処方薬： _____

診察時間について、ご希望をおききします。

できるだけ短時間で終わらせてほしい どちらでもよい

※待ち時間は急患を除き順番通りになります。ご了承ください。

アレルギーがあれば教えて下さい。

気管支喘息

アレルギー性鼻炎

アトピー性皮膚炎

アレルギー性結膜炎

食物アレルギー (_____) じんましん

薬物アレルギー (_____) その他のアレルギー (_____)

入院歴、大きな病気があればご記入ください。