

問 診 表

| | | |
|--|---------------|----------|
| (ふりがな) お名前 (男・女) | 生年月日 年 月 日 | ご職業 |
| ご住所 <small>〒</small> | ご自宅電話 () | 携帯電話 () |
| <p>1. 本日は、どうなさいましたか？</p> <p>2. それは、いつ頃から始まりましたか？</p> <p>3. 生まれた時のことをお聞きします。 在胎週数 : 週 出生体重 : g 身長 : cm 何か異常がありましたか？ () 母子手帳をお持ちでしたら、お見せください。</p> <p>4. これまで大きな病気をして、入院、手術などの経験がおありですか？ また慢性の病気がある、他院に通院した経験がおありですか？ たとえば滲出性中耳炎、アトピー性皮膚炎、先天性心疾患など</p> <p>5. 次の病気にかかったことがありますか？ はしか、風疹、百日咳、みずぼうそう、おたふくかぜ、突発性発疹 溶連菌感染症、アデノウイルス感染症、川崎病、熱性けいれん</p> <p>6. 今までに受けた予防接種に○をつけてください。 結核 (BCG)、ポリオ、三種混合、二種混合、はしか、風疹、MR ワクチン みずぼうそう、おたふくかぜ、日本脳炎、インフルエンザ、HB ワクチン ※これらの予防接種を受けたあとで具合が悪くなったことがありますか？</p> <p>7. これまで食べ物や、お薬にアレルギーがあるといわれたことがありますか？ たとえば卵を食べるとブツブツが出て痒くなるなどです。 飲んではいけないといわれているお薬がありますか？</p> <p>8. 現在何かお薬を飲んでいますか？ もし他院の処方箋をお持ちでしたら、お見せください。</p> <p>9. 兄弟がいますか？ お父さんや、お母さんなどご家族で具合の悪い方がいらっしゃいますか？</p> <p>10. 最後に、何かご質問がありますか？お聞きになりたいことがありましたら 遠慮なくお聞きください。</p> <p>11. 差しつかえなければ、当院をどこでお知りになったかお知らせ下さい。 お友達、当院ホームページ、インターネットなど</p> | | |
| (記入日 年 月 日) | | |

ご記入ありがとうございました