

年 月 日

初診用問診票

ID

当院使用欄

予約はとりましたか？ あり・なし

ふりがな

名前

性別

男・女

生年月日 S・H 年 月 日

年齢 才 月

おうちでのニックネームは？

今日は何できましたか？ 車・自転車・徒歩

住所：(〒 -)

電話：自宅

携帯

慢性の病気はありますか？ 喘息・アトピー・腎炎・心臓病など

病名： いつから：

先天性の異常はありますか？

どんな異常？：

手術を受けたことはありますか？

病名： いつ？：

熱でひきつけを起こしたことがありますか？

無し

あり

いつ？：

薬のアレルギー

無し

あり

薬剤名：

そのほかに伝えたいことがあればお書きください

今日の状態についておたずねします

体温 ℃ 体重 kg

該当するものに○をつけてください

水分はとれている？ 充分 少ない 摂れない

尿量は？ 充分 少ない 出ない

はしか・風疹・水ぼうそう・おたふくの人の接触 無し あり

病名：

どんな症状が、いつからありますか (○で囲んでください)

発熱(~)、鼻水(~)、咳(~)

嘔吐(~)、下痢(~)

ゼーゼー(~)

そのほかの症状・経過など：