

患者登録票・問診票【小児科・内科・皮膚科】

ふりがな
氏名 _____ (_____ 歳) 【15歳以下のお子様】 体重: _____ kg 家族構成(年齢も):
電話 (_____)
住所 〒 _____

- これまでにかった病気はありますか。 無・有 (○をつけてください)
気管支炎 肺炎 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー疾患(_____)
高血圧症 糖尿病 心臓病 胃潰瘍 脂質代謝異常症
B型肝炎 C型肝炎 緑内障 前立腺肥大 その他(_____)
【お子様】 熱性けいれん(計 _____ 回) 無熱性けいれん(計 _____ 回) 抗けいれん剤の使用(無・有(薬名: _____))
- 入院したことはありますか。 無・有 (以下ご記入ください。)
(病名: _____ いつ頃: _____)
→現在も定期的に通院していますか。 いいえ・はい (病院名: _____)
- 過去に手術を受けたことがありますか。 無・有 (以下ご記入ください。)
(いつ頃: _____ 手術名: _____)
- 食物アレルギーはありますか。 無・有 (食品名: _____)
- 薬で副作用でたことはありますか。 無・有 (以下ご記入ください。)
(薬名: _____ 症状: _____)
- たばこは吸いますか。 いいえ・はい (1日 _____ 本/ _____ 年間)
- 服用希望の薬の形状はありますか。 【シロップ・粉・錠剤】・特になし
- 本日(診察日)の症状について
 - 体温 _____ °C・熱なし
 - 症状はいつからですか。【今日 昨日 2日前 3日前 (_____)以上前】
 - 症状は何ですか。 (発熱 鼻水 鼻づまり 咳 痰 ぜーぜー くしゃみ 喉の痛み 頭痛 倦怠感 腹痛 嘔吐 下痢 便秘 目やに 肌の症状 発疹(顔 頭 お腹 背中 手 足 その他(_____)) その他(_____))
 - 解熱剤の処方をご希望ですか。 いいえ・はい (座薬・粉・錠剤)
 - 現在服用している薬はありますか。 無・有(以下ご記入ください。お薬手帳があれば省略可。ご提出ください。)
(_____)
- 【女性の方のみ】 妊娠中ですか。 いいえ・はい(_____ 週目)・可能性あり
授乳中ですか。 いいえ・はい
- その他何かあればご記入ください。