

初めての方へ問診票

| | | | | | | |
|------|-------|----|-----|-----|------|---------|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | ご住所 | 〒 | |
| お名前 | | | | | | |
| 生年月日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 電話 | 有・無 () |
| | | 歳 | ヶ月 | | 携帯電話 | 有・無 () |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|-------|-----|-------|-------|------------------------------|-------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|-------|-----|---|------------------------------|--|--|-------|-----|---|------------------------------|----|---|-----|---|-------|-----|---|------------------------------|----|---|-------|-----|---|------------------------------|
| 本日はどう されました か？ | <input type="checkbox"/> 発熱 () 日前から <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 【 <input type="checkbox"/> 食欲 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 全くなし 他院通院中 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妊娠出産 | 妊娠中・出産の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 【具体的に <input type="checkbox"/> 生まれときの経過 <input type="checkbox"/> 正常 出生時体重 _____ g 在胎週数 _____ 週 _____ 日 <input type="checkbox"/> 異常 【具体的に | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 成長・発達 | ☆健診や育児相談で発達について何か指摘されたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 【具体的に <input type="checkbox"/> 大きな病気や手術をしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 歳ごろ【具体的に <input type="checkbox"/> 熱性けいれん、ひきつけをおこしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 【平成・令和 年 月頃 : 歳 ヶ月】 ☆これまでにかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー | ☆医師にアレルギーがあるといわれたことはありますか？何かを食べて具合が悪くなったことはありますか？お薬で具合が悪くなったことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 【具体的に | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活・家族 | ☆ご家族の構成についてご記入ください ・ご家族で病気をされた方やアレルギーと言われた方がいらっしゃる場合は空いているところへ記入ください。 <div style="text-align: right; font-size: small;"> ※患児の姉妹・兄弟 患者様ご本人には ○をお付けください </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">祖父</td> <td style="width: 10%;">歳</td> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">} 父</td> <td rowspan="2" style="width: 10%;">歳</td> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center;">} 第一子</td> <td style="width: 10%;">男・女</td> <td style="width: 10%;">歳</td> <td style="width: 10%;">【 <input type="checkbox"/>]</td> </tr> <tr> <td>祖母</td> <td>歳</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">} 第二子</td> <td>男・女</td> <td>歳</td> <td>【 <input type="checkbox"/>]</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">} 第三子</td> <td>男・女</td> <td>歳</td> <td>【 <input type="checkbox"/>]</td> </tr> <tr> <td>祖父</td> <td>歳</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">} 母</td> <td rowspan="2" style="width: 10%;">歳</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">} 第四子</td> <td>男・女</td> <td>歳</td> <td>【 <input type="checkbox"/>]</td> </tr> <tr> <td>祖母</td> <td>歳</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">} 第五子</td> <td>男・女</td> <td>歳</td> <td>【 <input type="checkbox"/>]</td> </tr> </table> | 祖父 | 歳 | } 父 | 歳 | } 第一子 | 男・女 | 歳 | 【 <input type="checkbox"/>] | 祖母 | 歳 | } 第二子 | 男・女 | 歳 | 【 <input type="checkbox"/>] | | | } 第三子 | 男・女 | 歳 | 【 <input type="checkbox"/>] | 祖父 | 歳 | } 母 | 歳 | } 第四子 | 男・女 | 歳 | 【 <input type="checkbox"/>] | 祖母 | 歳 | } 第五子 | 男・女 | 歳 | 【 <input type="checkbox"/>] |
| 祖父 | 歳 | } 父 | 歳 | | | | } 第一子 | 男・女 | 歳 | 【 <input type="checkbox"/>] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 祖母 | 歳 | | | } 第二子 | 男・女 | 歳 | | 【 <input type="checkbox"/>] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | } 第三子 | 男・女 | | 歳 | 【 <input type="checkbox"/>] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 祖父 | 歳 | | } 母 | 歳 | } 第四子 | 男・女 | 歳 | 【 <input type="checkbox"/>] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 祖母 | 歳 | } 第五子 | | | | 男・女 | 歳 | 【 <input type="checkbox"/>] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ☆保育園・学校に通っていますか？ <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行っている (名称をご記入ください) <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 保育園・幼稚園 小学校 中学校 </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | 当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 知人紹介・口コミ <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 他院の紹介 <input type="checkbox"/> 院長の診察受けたことあり (日赤で) <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

当院は診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得、活用するため、マイナ保険証の利用にご協力ください。