



本日は御来院頂きありがとうございます。

初診の患者様には診療に役立てるため、問診票の御記入をお願いしています。

御手数ですが御記入よろしく御願います。(お分かりになる範囲で構いません)

ふりがな	性別	生年月日
御氏名	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
御住所 〒 - 目黒区 東京都、神奈川県 世田谷区 その他 ()		体重 (※分からない場合は診察中に測定します) Kg
電話番号 (必要時、病院から連絡してよい番号を御記入ください、最低1つを御記入ください) ① () ② ()		

◆来院された主な症状を教えてください (該当する項目に☑をお願いします)

- | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> ノドの痛み | <input type="checkbox"/> 胸の違和感 | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 咳 (乾いた咳・痰が絡む) | <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 発疹 |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 (透明・黄色) | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 鼻詰まり | <input type="checkbox"/> 嘔吐・吐き気 | |



◆上記症状の経過を教えてください。(いつから、どこが、どのように)

◆出生時体重、出産週、伝えておきたいこと： 出産 週、体重 g

◆今までにかかったことのある病気・治療中の病気を教えてください (該当する項目に☑をお願いします)

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> 小児喘息 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎、じんま疹 |
| <input type="checkbox"/> はしか | <input type="checkbox"/> ひきつけ (けいれん) | <input type="checkbox"/> 開腹手術 (病名:) |
| <input type="checkbox"/> 風しん | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> みずぼうそう (水痘) | |

◆現在、内服中のお薬があればご記載ください (漢方・健康食品を含む)



◆薬・食べ物のアレルギーがあればご記入ください。 _____

◆治療薬の御希望に☑をお願いします

①薬の形状： 粉薬 シロップ 錠剤 ②解熱鎮痛剤： 坐薬 内服

◆当院をどのように知りましたか (該当する項目に☑および○をお願いします)

- インターネット (いずれかに○を御願います) **YAHOO** ・ **GOOGLE** ・ **Doctor's File**
看板 (いずれかに○を御願います) 電 柱・ビル看板 (上・下)・向かいの薬局前看板
ご紹介： _____ 様より その他 ()

>御体調優れない中、御記入頂きありがとうございました。

問診票は受付までお持ちになり、診察までしばらくお待ちください。

