

診察申込書		年 月 日	カルテNo.
ふりがな		性 別	世帯主との続柄
患 者 指 名	TEL	男・女	
現住所	〒 -	生年月日	年 月 日生 (才 ヶ月)
今までに当クリニックに受診したことがありますか？		ある・ない	

問 診 表

朝日橋胃腸科内科・小児科診療所

平成 年 月 日

患者氏名

主な症状 []

どこがわるいかあてはまる所に○印をつけて下さい

- | | | | | |
|----------|---|---------|---|-------------|
| 肩こりがよくある | ▪ | 胃がもたれる | ▪ | 動悸とか息切れがする |
| 腰とか膝が痛い | ▪ | 便秘をよくする | ▪ | 胸が痛いときがある |
| 頭痛がよくある | ▪ | 手足がしびれる | ▪ | 顔、手足のむくみがある |

次に以下の項目であてはまるものがあれば○印をおつけ下さい

- | | |
|---|-------|
| 1) ピリン系(カゼ薬、鎮痛剤)や他の薬で薬疹やじんま疹がでた事がありますか。 | ある・ない |
| 2) 注射をうってショックや発疹をおこした事がありますか。 | ある・ない |
| 3) レントゲン検査時の注射でショックをおこしたり、じんま疹がでた事がありますか。 | ある・ない |
| 4) 局所麻酔(歯の治療、傷の縫合など)で、ショックをおこした事がありますか。 | ある・ない |
| 5) ぬり薬やはり薬でかぶれた事がありますか。 | ある・ない |
| 6) 現在医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか。 | ある・ない |
| 7) かかった事のある病気に○印をつけて下さい。
じんま疹、ぜん息、心臓病、腎臓病、肝臓病、胸部疾患、異常体質
公害認定病、高血圧、糖尿病、その他大きな病気() | ある・ない |
| 8) 現在妊娠していますか。 なし あり か月 わからない | |
| 9) 家族で次の病気にかかっておられる方がいますか。
高血圧() ・ 高脂血症() ・ 糖尿病() ・ 癌() | |

ご協力有難うございました。

個人情報保護法に基づき、本来の利用目的の範囲を超えて使用いたしません。

診察申込書		年 月 日	カルテNo.
ふりがな		性 別	世帯主との続柄
患 者 指 名	TEL	男・女	
現住所	〒 -	生年月日	年 月 日生 (才 ヶ月)
今までに当クリニックに受診したことがありますか？		ある・ない	

初診の方へ

朝日橋胃腸科内科・小児科診療所

平成 年 月 日

(ごめんどうですが以下の質問にお答えください)

(フリガナ)
 お子さまの お名前 ()

生年月日 S・H 年 月 日 才 か月

●今日はどこが悪くて来院されましたか。

鼻 せき 熱 下痢 吐く 頭痛 腹痛
 発疹 精密検査 健康診査 その他()

●家族、親類にぜんそく、アトピーの方 ない ある()

●今までにかかった病気

突発性発疹 はしか 百日咳 水ぼうそう
 風疹 おたふくかぜ 溶連菌感染症 気管支肺炎
 ぜんそく 熱性けいれん かぜをひきやすい
 入院するような病気 ()
 その他 ()

●今までにうけた予防接種

BCG ヒブ 肺炎球菌 ロタウイルス B型肝炎 不活化ポリオ 四種混合
 三種混合 二種混合 MR(麻疹・風疹混合) おたふくかぜ 水痘 日本脳炎
 その他()

●薬に対するアレルギーの有無 ない ある

●薬は何が飲めますか。 水薬 粉薬 錠剤 カプセル

●座薬は使ったことがありますか。 ない ある

●現在の体重 ()Kg

●現在の体温 ()℃

《出生歴》

☆印生れた時の体重 ()Kg

☆生まれつきの異常 ない ある ()

☆栄養法 母乳 混合 人工 ()

ご協力有難うございました。

個人情報保護法に基づき、本来の利用目的の範囲を超えて使用いたしません。