

記入日 年 月 日

(小児用)

カルテNo. _____

おがさわらクリニック内科循環器科の診療を初めて受けられる方へ

- お名前 _____ ふりがな(_____)
- 生年月日 平成 年 月 日 / 年齢 歳 ヶ月 / 性別 (男 ・ 女)
- ご住所 〒 _____
- 電話番号 (ご自宅)
(携帯電話番号)
- 今日はどのような症状で当クリニックを受診されましたか? 体温 _____ °C
[_____] 体重 _____ Kg
- 今までにかかったことのある病気はありますか? (○で囲ってください)
喘息 ・ 喘息性気管支炎 ・ 麻疹 (はしか) ・ 風疹 ・ おたふくかぜ
アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 水痘 (みずぼうそう)
中耳炎 ・ 副鼻腔炎 ・ 百日咳 ・ ひきつけ (けいれん)
その他 (_____)
- これまでに受けた予防接種はありますか? (○で囲ってください)
BCG ・ ポリオ ・ 二種混合 ・ 三種混合 ・ 四種混合 ・ MR (麻疹風疹)
麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 (みずぼうそう) ・ おたふくかぜ ・ 日本脳炎
Hib ・ 肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ 子宮頸がん ・ その他 (_____)
- 現在、飲んでいる薬はありますか?
ない ・ ある (具体的に _____)
- ご家族の方に以下のような病気がありますか? (○で囲ってください)
喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 高血圧 ・ 糖尿病
高脂血症 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳卒中 ・ 癌
その他 (_____)
- 薬や食品などにアレルギーがありますか?
ない ・ ある (具体的に _____)
- 当院をどのようにして知りましたか?
知人の紹介 電話帳 広告 インターネット その他 (_____)

*問診票にご記入頂いた事項は、当院の診療以外の目的で使用することは、一切ございません。