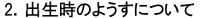
《はじめて来院された方へ》

20 年 月 日

フリ:	ガナ		男	生年	F月日	年		月	日
名	前		· 女	 被保険者(世帯主)との続柄 					
住	所	₹		電話		()		

【下記の項目について記入もしくは〇で囲んでください】

1. 現在、体重は何kgですか? (kg)



出生時体重(g) 分娩時・出生時の状態(正常・異常)

予定日より(日) → 早かった · 遅かった · 予定日通り

3. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか?

ない・ある(病名:

4. 下記のアレルギー性疾患を今までに指摘されたことがありますか?

気管支喘息 · アレルギー性鼻炎 · アトピー性皮膚炎 · じんましん 食物アレルギー · 花粉症

5. ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方がいますか? \rightarrow いる · いない · わからない 大きな病気,慢性の病気の方はいますか? \rightarrow いる · いない · わからない

6. 体質について

・卵、牛乳、その他の食品、薬、注射等で発疹が出たことありますか?

ない・ある(食品名,薬名

・よく風邪をひく ・ よく熱を出す ・ よく下痢をする ・ ゼーゼーいいやすい

7. 乳幼児期の発育について

首のすわり(ケ月)お座り(ケ月)歩きはじめ(ケ月)



	問 診 票 20 年 月 日
名前	・本日の体温:℃
<u></u> ◆本日はどうなさ	
≪症状≫	<u>≪いつから 月日≫</u>
□発熱経過	
□鼻水(/ ~) [水・ドロッとした・つまり・その他]
□咳(/	~) (
□喉の痛み	(/ ~)
口吐き気(/ ~)
□嘔吐(/ ~)[本日□]
□下痢(/ ~)[水便 ・ 軟便:本日回 ・その他]
□便秘(/ ~日目)[最後の排便(/)・普段から便秘気味]
□腹痛(/ ~)[部位:右•左/上•下]
口皮膚(/ ~)[発疹・湿疹・かゆみ・乾燥 部位:]
□その他の症状	状,気になる事,聞きたい事はありますか?
事セセンセー	

書ききらない場合は裏面に記入をお願いします。 □ 裏面記人自

◎水分(とれている・とれていない)

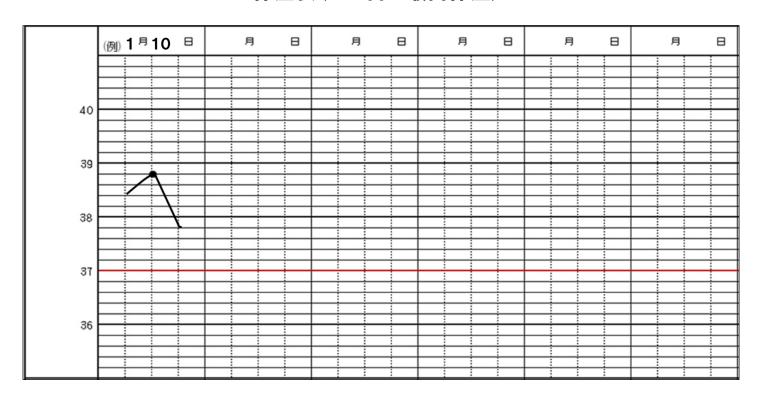
◎尿量(普段通り • 少ない)

◎学校,保育園で流行している病気はありますか? (

水痘・おたふくの疑いのある方は 声をかけて下さい。

◎他病院で処方されている薬がある方は診察室でお薬手帳の提示をお願いします。

体温表(その日の最高体温)



《メモ》