

新患受付・問診表(成人用)

平成 年 月 日

ふりがな				男 ・ 女
氏名		様		
生年月日		大・昭・平 年 月 日生	才 月	
現住所		〒		
電話	自宅		自宅以外 連絡先	

お手数ですが、次の質問にお答え下さい。わからないところはとばして結構です。

○現在の体重()kg 体温()度

○今までに何か大きな病気をしたことがありますか。 (ない・ある)

病名

○今までに薬で発疹が出たり、アレルギーをおこしたことがありますか。

(ない・ある) その薬は()

○卵や牛乳にアレルギーはありますか。 卵(ない・ある) 牛乳(ない・ある)

○妊娠中ですか?(いいえ・はい・不明) ○母乳を与えていますか?(はい・いいえ)

○本日はどういったことでおかかりになりましたか?いつからどんな症状があるのか、順をおって、書いてください。

○今回の病気で他の病院にかかっていたか?

(かかっていない・かかった) 病院の名前は()

○薬は飲んでいましたか? (はい・いいえ)

○現在食欲はありますか? (まったくない・少ない・ある)

○そのほか現在ある症状に○をつけてください。

発熱、鼻水、鼻づまり、くしゃみ、せき、たん、ぜいぜい、のどの痛み、頭痛、下痢、便秘、おう吐、はきけ、関節痛、腹痛、胸痛、排尿痛、ひふの発疹、グリグリ、めまい、顔色悪い、耳だれ、めやに、

○現在、他の病気で医者にかかっていますか? (かかっていない・かかっている)

()科、病名()