

# 問診票（初診用）

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月 男・女 体重 \_\_\_\_\_ kg

• かかりつけの病院はありますか？ あり(病院名 \_\_\_\_\_) • なし

• 本日は、どのような症状で来院されましたか？主な症状をお書きください。

症状

• 今回の症状で来院される前に、他の病院で治療を受けていますか？

いいえ・はい

• 現在、内服中の薬はありますか？

いいえ・はい

薬名

• 今までに、食品、薬、注射で発疹やじんましんがでたり、具合が悪くなったことがありますか？

いいえ・はい

• ご家族の方でアレルギーはありますか？

父    なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

母    なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

兄弟   なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

姉妹   なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

• 今までに何か大きな病気にかかったことがありますか？

いいえ・はい

• 医師に尋ねたいことや、心配なことがあればお書きください。