

新 患 問 診 票

記入日： 年 月 日

フリガナ

お名前 (男・女)

生年月日 年 月 日 (歳 ヲ月)

住所 (〒 -)

連絡先 - -

(保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校)

※ 保険証、こども医療費助成受給者証、

母子手帳、(内服中のお薬がある場合はお薬手帳)と合わせて、受付へご提出ください。



→ 2 ページ目へ

お子さんのお名前：_____

来院時の体温 _____℃ 身長 _____cm 体重 _____kg

付き添い者の体温：①（続柄：_____） _____℃、②（続柄：_____） _____℃

① 本日の受診目的は何ですか？

・診療 ・予防接種 ・乳幼児健診 ・発達相談

※ 診療 の場合は、あてはまる症状に○をつけてください。

・発熱 ・鼻水（透明・緑っぽい） ・鼻詰まり ・咳（乾性・湿性） ・喘鳴

・嘔吐（ _____ 回） ・下痢（ _____ 回） ・腹痛 ・頭痛 ・咽頭痛 ・だるさ

・皮膚トラブル（部位： _____ 、症状： _____）

・その他（ _____）

・受診のきっかけになった症状が始まった時期：（ _____ 月 _____ 日 朝・昼・夕・夜 ）から

② 体の状態はどうですか？

・元気/機嫌（よい・やや悪い・悪い） ・食事/水分摂取（いつも通り・やや少ない・少ない）

・睡眠（いつも通り・やや少ない・少ない） ・尿量（いつも通り・やや少ない・少ない）

③ 出生歴を教えてください。

出生医療機関（ _____ ）、（ _____ ）週（ _____ ）日、出生体重（ _____ ）g、

（自然・吸引・帝王切開）分娩、出生時の異常（なし・あり： _____）

④ 今までにかかったことがある病気がありましたら、○をつけてください。

水ぼうそう・おたふくかぜ・突発性発疹症・気管支喘息・中耳炎・アレルギー性鼻炎・

アトピー性皮膚炎・中耳炎・熱性けいれん・てんかん・川崎病・心臓病・腎臓病・

その他（ _____）

⑤ 現在、長期的に治療中の病気はありますか？（なし・あり： _____）

現在、定期的に処方されている薬はありますか？（なし・あり： _____）

⑥ 今までに接種した予防接種に、○をつけてください。

ヒブ（1・2・3・追加）、肺炎球菌（1・2・3・追加）、B型肝炎（1・2・3）、BCG、

四種混合（1・2・3・追加）、麻疹・風疹（1・2）、水ぼうそう（1・2）、

おたふくかぜ（1・2）、日本脳炎（1・2・追加・II期）、二種混合、ロタ（1・2・3）、

インフルエンザ、子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス）、その他（ _____）

⑦ 今までに薬や食べ物、予防接種などで、アレルギーを起こしたことがありますか？

（なし・あり： _____）

⑧ 希望するお薬の形を1つ選択してください。 _____ → _____（シロップ・粉・錠剤）

解熱剤の処方希望（なし・あり） → _____（座薬・シロップ・粉・錠剤）

⑨ ご希望の院外薬局はありますか？ → _____（ホープ薬局、その他： _____）

処方箋の事前 FAX 送付のご希望はありますか？（あり・なし）