

ID番号 ()

令和 () 年 () 月 () 日受診

初診患者問診票

ふじもとクリニック

フリガナ ()

お名前 () (男 女) 生年月日 (平成・令和 年 月 日)

住所 〒 - 茨木、 市

電話番号 - - (自宅・携帯)

身長 () cm 体重 () kg 現在の体温 () °C

以下の質問に○をつけるか筆記でお答え下さい。判る範囲で構いません。

① 本日はどのような症状でお困りですか? 予防接種のみ希望 乳児健診のみ希望

	いつから	内容
発熱		最高体温 (°C) 解熱剤使用 (あり・なし)
咳		痰がらみ から咳 ゼイゼイ 嘔吐もあり
鼻水		透明 黄緑色 鼻づまり
嘔吐		回数 (1日 回くらい) 最後は 時間前
下痢		回数 (1日 回くらい) かたち (水様 泥状 軟) 色 (黄茶色 緑白色 血液混)
発疹/ 湿疹		小さい 大きい 水ぶくれ 赤い かゆい 汁が出ている 場所 (頭 顔 口内 首 手 足 胸 おなか 陰部 お尻)

他に気になることは? ()

以下の病気の診断を受けていますか (治療中ですか)? (水痘 胃腸炎 (ノロウイルス /ロタウイルス) インフルエンザ その他)

② 今の体の状態はどうですか?

食欲 いつも通り 少ない ない 水分摂取 いつも通り 少ない 取れない

睡眠 いつも通り 少ない 取れない 機嫌 良い 少し悪い 悪い

③ 現在使っている飲み薬・塗り薬はありますか? (なし あり)

薬名

ご希望の処方する薬の種類は? (水薬、粉薬、錠剤・カプセル、座薬)

1日服用回数 (2回 3回)

アレルギーはありますか? (なし あり)

薬品 食物一卵 牛乳

④ 今までにかかったことのある病気は?

突発性発疹 水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん (才から 回)

その他 ()

⑤ ご家族でタバコを吸われる方はおられますか? いない、いる ()

周囲で体調を崩されている方はおられますか? いない、いる ()

⑥ 何かお聞きになりたいこと、ご要望はありますか?