

(記入日 令和 年 月 日)

なかむら耳鼻科小児科 問診票

発熱	あり (. °C) ・ なし								
フリガナ お名前				ID	性別		男 ・ 女	体重	kg
住所	〒								
携帯番号				電話番号					
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳 か月)								
きょうだい	人中		番目						
集団生活	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校						
希望の服薬形態 (お子さまの方)	シロップ ・ 粉 ・ 粒			抗生剤処方に対する 抵抗の有無		あり ・ なし			

①今までに大きな病気にかかったことがありますか？

該当する病名があれば○印をおつけください。

高血圧 低血圧 貧血 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃腸病 糖尿病

喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 その他(_____)

②痙攣歴

(あり ・ なし) ありに○された方で、現在治療されていますか？(あり ・ なし)

③アレルギーはありますか？

なし

あり (薬: _____)
(食物: _____)
(その他: _____)

④喫煙歴

吸う 吸ってたが現在は禁煙 吸わない

⑤飲酒歴

飲む 飲んでたが現在は禁酒 飲まない

⑥現在薬を飲んでいますか？

なし

あり (薬名: _____)

⑦女性の方へ

現在妊娠中あるいは授乳中ですか？

いいえ

わからない

はい (_____ 週 _____ 日)

授乳中

⑧当院をお知りになったきっかけはなんですか？

知人からの紹介 家族からの紹介 病院からの紹介

その他のホームページ 近所・通りがかり 電柱看板

その他(_____)

当院ホームページ

柴又駅看板

※質の高い医療提供のため、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。