

問診票 (新規)

基本情報		
ご本人について	ご住所	〒 -
	ふりがな	
	お名前	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)
	性別	男 ・ 女
	体重	kg (お子様のみ)
	電話番号	-
当クリニックをお知りになったきっかけ	1. 近所だったから 2. 看板を見て (駅の看板・電柱看板) 3. 家族が通っているから 4. ご紹介 5. ホームページ 6. その他のWebサイト (サイト名:) 7. その他 ()	

診察の前に		
これまでにかかった病気	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> 喘息
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> その他の病気 (具体的に)
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	
	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	
ご本人のアレルギー	<input type="checkbox"/> 薬	(具体的に)
	<input type="checkbox"/> 食物	(具体的に)
	<input type="checkbox"/> 薬液	(具体的に)
	<input type="checkbox"/> その他	(具体的に)
ご家族のアレルギー	<input type="checkbox"/> 喘息	(どなた)
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	(どなた)
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	(どなた)
	<input type="checkbox"/> その他アレルギー	(どなた)
	<input type="checkbox"/> 具体的な…	
	<input type="checkbox"/> 具体的な…	(どなた)

ご希望のお薬の種類
錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 座薬 ・ どれでもよい

現在の症状		院内でのお熱 (°C)	
症状		いつから	どんな様子・程度
全身の症状	<input type="checkbox"/> 発熱	日前～	
	※解熱剤の最終使用		時 分
	<input type="checkbox"/> 頭痛	日前～	
口・鼻・気道の症状	<input type="checkbox"/> 咳	日前～	
	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	日前～	
	<input type="checkbox"/> 喉頭痛	日前～	
	<input type="checkbox"/> 口唇・口内痛	日前～	
目の症状	<input type="checkbox"/> 目ヤニ	日前～	
	<input type="checkbox"/> 目のかゆみ	日前～	
	<input type="checkbox"/> 充血	日前～	
おなかの症状	<input type="checkbox"/> 下痢	日前～	
	<input type="checkbox"/> 血便	日前～	
	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	日前～	
	<input type="checkbox"/> 腹痛	日前～	
	<input type="checkbox"/> 便秘	最終便	日前
皮膚の症状	<input type="checkbox"/> 発疹	日前～	
	<input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥	日前～	
その他	(具体的に…)		