

# 新患受付用紙

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒 \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 携帯電話番号： \_\_\_\_\_

## 1) 出生時の状況について教えてください。

妊娠中に異常はありましたか？  いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

出生時体重( \_\_\_\_\_ g) 出生週数( \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日)

どのように産まれましたか？ 正常分娩・吸引分娩・帝王切開(理由 \_\_\_\_\_ )

産科入院中に何か異常がありましたか？  いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

生まれつきの病気はありますか？  いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

## 2) これまで受けた予防接種に○をつけてください。

ヒブ：1回・2回・3回・4回、肺炎球菌：1回・2回・3回・4回

四種混合(DPT-IPV)：1期1回・2回・3回・追加、ロタ：1回・2回・3回

BCG、三種混合(DPT)：1期1回・2回・3回・追加、二種混合(DT)

経口ポリオ：1回・2回、不活化ポリオ(IPV)：1期1回・2回・3回・追加

麻疹風疹混合(MR)：1期・2期、麻疹、風疹、日本脳炎：1期1回・2回・追加・2期

子宮頸がん：1回・2回・3回、おたふくかぜ、水ぼうそう、B型肝炎：1回・2回・3回

## 3) 今までにかかったことがある病気に○をつけてください。

麻疹(はしか)、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、百日咳、中耳炎、肺炎、溶連菌感染症、川崎病、喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、じんま疹、けいれん(熱あり)、けいれん(熱なし)、心臓病、肝炎、腎炎、その他( \_\_\_\_\_ )

## 4) 入院歴はありますか？ いいえ・はい(病名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

## 5) ご本人以外のご家族の中に、次のような病気にかかった方、かかっている方はいますか？

気管支喘息  いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

アトピー性皮膚炎  いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

花粉症・アレルギー性鼻炎  いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

ひきつけ、けいれん  いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

腎臓病  いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

遺伝性疾患  いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

その他( \_\_\_\_\_ )

## 6) その他

同居家族でタバコを吸う方はいますか？  いない・いる(誰が? \_\_\_\_\_ )

ペットを飼っていますか？  いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

\*アンケートのご記入をお願いします。

当クリニックはどこでお知りになりましたか？ 当てはまるものにシ点を付けてください。

通り道・近所  看板  兄弟が受診している  知人の紹介  チラシ  電話帳広告

インターネット・検索サイト( \_\_\_\_\_ )  その他( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。

# 一般診察問診票

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 電話番号 \_\_\_\_\_ ー \_\_\_\_\_ ー 現住所はどこですか？ ○を付けて下さい。  
 現在の体温 \_\_\_\_\_ °C 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 四日市市・菰野町・その他( \_\_\_\_\_ )

1) 本日来院された理由をお聞かせください。どのような症状がいつ頃からありますか？

例) 3日前から咳、昨日から38度台の発熱があり、熱が下がらない。

2) 心配なこと・聞きたい事がありましたらご記入ください。

3) 現在通院中の病気はありますか？ いいえ・はい

「はい」の場合、病名を教えてください。( \_\_\_\_\_ )

飲んでいる薬はありますか？ いいえ・はい (種類は？ \_\_\_\_\_ )

\*お薬手帳をお持ちのかたはご提出ください。

4) お薬や食物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい(具体的に教えてください： \_\_\_\_\_ )

5) 薬について希望があればチェックを入れてください。(薬、年齢により対応できない場合もあります)

粉薬希望、シロップ(液体)希望、錠剤希望、解熱剤希望(坐薬、粉薬、錠剤、シロップ)

その他( \_\_\_\_\_ )

6) 通園・通学されていますか？ いいえ・はい(通園・通学先名 \_\_\_\_\_ )

7) ご家族や園・学校で下記の病気にかかっている、または1ヶ月以内にかかっていた方はいますか？

麻疹(はしか)、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、百日咳、溶連菌感染症、りんご病、手足口病、ヘルパンギーナ、インフルエンザ、プール熱、流行性角結膜炎、嘔吐下痢症、マイコプラズマ  
 (誰が、いつごろ、何にかかりましたか？ \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ )