

今日の症状をお知らせください

ふたばクリニック 問診票

フリガナ	【生年月日】 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦
受診者氏名	年 月 日
<input type="checkbox"/> 前回登録した住所に変更なし	電話番号 ()
住所 〒 - <input type="checkbox"/> 東京都 世田谷区	
性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	【女性の場合】 妊娠の可能性はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
紹介 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	

お子様(6歳以下)の場合、枠の中をご記入ください。

出生時 体重 g 出生週数 週 出生時仮死(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり) 出産後異常(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり)
ワクチン歴 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ
今まで 右記の病気に 突発性発疹 麻疹 水痘 風疹 おたふく 中耳炎 罹患したことはありますか 川崎病 痙攣(<input type="checkbox"/> 無熱性痙攣 <input type="checkbox"/> 熱性痙攣) その他

*1 今日の体調は いかがですか？ 症状・受診目的を チェックしてください

発症時期 月 日頃から

かぜ 発熱 のどの痛み せき 鼻水 鼻閉 頭痛 関節痛 口内炎 予防接種
胃痛 腹痛 下痢 吐気 嘔吐 膀胱炎 ヘルペス カンジダ 健康診断
湿疹・皮膚炎 めまい 動悸 発汗 喘息 花粉症 アレルギー 自費投薬
心臓 腎臓 血圧 糖尿 肝臓 コレステロール 尿酸
 その他

*2 今 常用している薬はありますか？

市販薬 / 他院処方薬 (おくすり手帳 あり)

*3 アレルギー・蕁麻疹・喘息・過敏症 はありますか？

気管支喘息、花粉症、蕁麻疹、薬疹、アトピー、慢性湿疹

環境抗原：ハウスダスト スギ ヒノキ カビ カモガヤ ペット/動物 その他

食餌抗原：ミルク 卵 大豆 小麦 ソバ ピーナッツ 魚 エビ カニ その他

くすり ハチ その他

*4 今まで罹患した病気で 気になるものはありますか？

*5 ご両親・ご兄弟・ご家族の病気で お気づきの事はありますか？

*6 タバコ 吸いますか？ いいえ はい 歳ころから 1日 本くらい 禁煙 年前から

お酒 飲みますか？ いいえ 禁酒中 年前から

はい 毎晩 時々 付き合い程度

ビール:350、500、1L、1.5L以上、日本酒・ワイン・水割り 杯(合)

ご記入ありがとうございました。 ふたばクリニック 広瀬 久人