

初診時間診票

下記の項目について記入、もしくは○で囲んでください。

ふりがな	生年月日	年	月	日生	歳	男・女
お名前						
ご住所:						
電話番号: 自宅			携帯			

- 1) あなたはどのようなことでおいでになりましたか?
 発熱、喉が痛い、痰が絡む、咳(乾いた咳、痰が絡む咳)、腹痛、下痢、吐き気、嘔吐、
 その他()
 それはいつ頃からですか? () 前頃から
- 2) 今まで入院するような大きな病気にかかったことがありますか?
 はい(病名は:) ・ いいえ
- 3) 今までに手術を受けたことがありますか?
 はい(手術名は:) ・ いいえ
- 4) 今までに輸血をしたことがありますか?
 はい ・ いいえ
- 5) 今までに生活習慣を指摘されたことがありますか?
 はい(○で囲んでください → 糖尿病、高血圧、高脂血症) ・ いいえ
- 6) 生活習慣についておたずねします。
 a) アルコールは飲みますか?
 はい(時々、2~3日おき、1~2日おき、ほぼ毎日)を 年間 ・ いいえ
 b) 煙草を吸いますか?
 はい(本/日を 年間) ・ いいえ
- 7) 今までに薬を飲んだり、注射を受けた後で気分が悪くなったり、身体にぼつぼつがでたことがありますか?
 はい(わかれば具体的に:) ・ いいえ
- 8) 女性の方にうかがいます。
 妊娠されていますか? はい(カ月) ・ 可能性あり ・ いいえ
 現在授乳中ですか? はい ・ いいえ
- 9) 現在何か薬をお飲みですか?
 はい(どんな薬ですか?) ・ いいえ
- 10) 当院を何でお知りになりましたか?
 知人の紹介、インターネット、雑誌、その他()

いば小児科