

# 外来初診問診票

フリガナ

患者氏名

生年月日 20 年 月 日

1. 今回、受診されるまでの経過をお書き下さい。

2. 妊娠中・出産時・乳児期について

出生時在胎 ( ) 週 ( ) 日	出生時体重 ( ) g、身長 ( ) cm、頭囲 ( ) cm
妊娠中や出産時に異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (仮死・黄疸・早産・その他 )
健診で異常を指摘されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

3. これまでにかかった病気

入院したことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名 ) (医療機関名 )
全身麻酔/手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名 ) (医療機関名 )
他に病気にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名 )
治療中の病気がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名 ) (医療機関名 )
いつも使用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前 )

4. ご家族について

<両親>

<兄弟姉妹> (本人に○印をつける)

父( )歳	┌──────────┐	├──┬──┬──┬──┐	第1子 男・女 ( ) 歳 健康( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
健康( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)			第2子 男・女 ( ) 歳 健康( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
母( )歳			第3子 男・女 ( ) 歳 健康( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
健康( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)			第4子 男・女 ( ) 歳 健康( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)

同居している方を○枠で囲んで下さい

ご家族に次のような病気の方はいますか？ (○印をつける)

気管支喘息・アレルギー疾患・心臓病・腎臓病・糖尿病・高血圧・肝臓病・膠原病 (関節リウマチなど)・高脂血症 血液疾患・悪性腫瘍・先天異常・免疫不全症・精神疾患・神経筋疾患(てんかん、筋ジストロフィー、ミオパチーなど)
---

20 年 月 日 署名

(本人・家族)