

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)