ふじわら小児科内科医院　内科　患者問診表

記入年月日　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 （　　歳）	
名前	男 女			
住所	郵便番号（　　－　　）		電話	
			携帯	

体重：　　kg

診療の参考にしますので、以下の質問事項を記入してください。

お熱はありますか？		はい　・　いいえ
		（　　）から（　　）℃の熱があります。
他に、具合の悪いところはありますか？		はい　・　いいえ
		咳　鼻　のど痛　頭痛 腹痛　嘔吐　下痢　発疹 その他（　　）
現在、治療中の病気や 服用中の薬はありますか？		はい　・　いいえ
		病名（　　） 薬剤名（　　）
これまで、次の病気に かかったことはありますか？		はい　・　いいえ
		1.喘息　2.じんま疹などのアレルギー疾患　3.心臓病 4.高血圧　5.腎臓病　6.肝臓病　7.糖尿病　8.肺炎 9.その他（　　）
これまで、重い病気や手術のため 入院をしたことがありますか？		はい　・　いいえ
		いつ（　　）、病院名（　　） 病名（　　）
薬や食べ物で発疹が出たり、 体調が悪くなったことがありますか？		はい　・　いいえ
		薬（　　）、食品（　　）
家族で重大な病気や 慢性の病気にかかった人がいますか？		はい　・　いいえ
		【　　】が（　　）
お酒は飲みますか？		はい　・　いいえ
		ビール（1日　　本）　お酒（1日　　本）
喫煙はしますか？		はい　・　いいえ
		たばこ（1日　　本）
女性の方へ	現在、妊娠中ですか？	はい　・　いいえ
	妊娠の可能性はありますか？	はい　・　いいえ
	現在、授乳中ですか？	はい　・　いいえ