

診察券番号 \_\_\_\_\_

# 初診問診票(15歳以下)

【 体温 \_\_\_\_\_ ℃ 】

問診表は患者さんの状態を把握し、安全に治療をすすめるうえで重要な書類となりますので、  
できる限り正確にお書き下さい。書ききれない場合は、診察時にお話し下さい。

おくすり手帳をお持ちの場合はあらかじめご提示ください。 春岡通クリニック 院長

受診日 2021年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(ふりがな)

生年月日

お名前 \_\_\_\_\_

男・女

平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 歳)

〒 \_\_\_\_\_

自宅 \_\_\_\_\_

本人・保護者

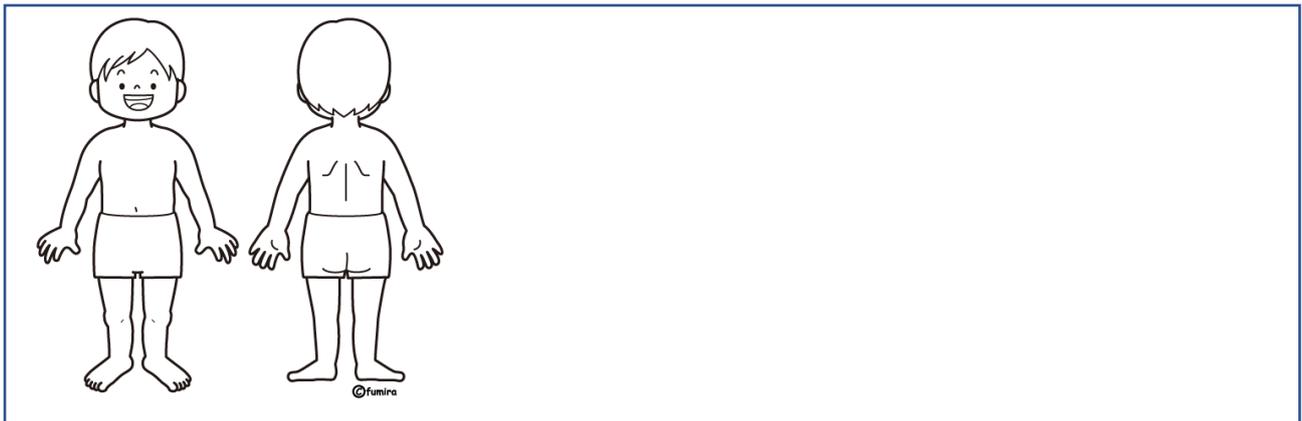
住所 \_\_\_\_\_

電話番号 携帯 \_\_\_\_\_

通園または通学先 \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )年生

▼どのような症状ですか？ (部位と症状を記載してください)



▼いつからですか？ 今日・( \_\_\_\_\_ )日前・( \_\_\_\_\_ )ヵ月前・( \_\_\_\_\_ )年前

▼現在治療中の病気、または過去に治療をした病気はありますか？

なし・あり → 病名( \_\_\_\_\_ ) 時期( \_\_\_\_\_ )  
通院中の病院名( \_\_\_\_\_ )

▼現在飲んでいるお薬はありますか？

なし・あり → お薬名( \_\_\_\_\_ ) おくすり手帳をお持ちの方はご提示下さい

▼薬や食べものでアレルギー症状が出たことはありますか？

なし・あり → 食品名( \_\_\_\_\_ ) お薬名( \_\_\_\_\_ )

▼体重を教えてください ( \_\_\_\_\_ )kg

▼来院のきっかけは何ですか？

知人の紹介・他の病院からの紹介・看板を見て・ホームページを見て・近所にお住まい