

～問診票～

受診日 年 月 日

体温 度

ふりがな

お名前 () (男・女) ※お子様は体重も (kg)

生年月日 (大・昭・平・令 年 月 日) 年齢 (才)

〒 (-)

住所 ()

電話 (- -) 携帯 (- -)

※未成年の方は、こちらの記入もお願いします。

ふりがな

保護者お名前 () 続柄 () 年齢 (才)

〒 (-)

住所 ()

電話 (- -) 携帯 (- -)

・本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？

・その症状はいつから始まりましたか？

・現在どちらの医院、もしくは病院で治療中の病気はありますか？

あり なし

・ある方は教えて下さい

病名：

・過去に喘息と診断されたことがありますか？

あり なし

・過去に痛み止めや、熱を下げる薬で(湿布も含みます)喘息発作が出たことはありますか？

あり なし

・過去にお薬でアレルギーが出たことはありますか？

あり 薬品名 () なし

・食べ物のアレルギーが出たことはありますか？

あり 食品名 () なし

〈女性の方に伺います〉

・現在、妊娠中ですか？ はい (月) いいえ

・現在、授乳中ですか？ はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。 クリニカ de こばやし