平成　　年　　月　　日

HUG+HUG KIDS CLINIC

問　診　票（新患用）

● 発疹（ぶつぶつ）などがあり、感染する可能性が疑われる場合、お申し出ください。

ふりがな

お　名　前　　男·女　　出生時体重　　g

〒　　－

ご　住　所

TEL　　－　　－　　生年月日　　年　　月　　日（　　歳　　ヶ月）

携帯　　－　　－　　現在の体温　　℃　　体　　重　　kg

わかっている方はご記入お願いします

1、今日は、どのような症状でこられましたか？

発熱・微熱・咳・ゼーゼー・ヒューヒュー・鼻汁・鼻づまり・嘔吐・下痢・腹痛・発疹・湿疹・喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー・咽頭痛・頭痛・便秘・めやにくしゃみ・血便・血尿・その他（　　）

2、症状はいつからですか？

月　　日　　午前・午後　　時頃

3.現在、使用している薬（坐薬、外用薬も含む）があればすべてお書きください。

（　　）

4、お薬について　どのようなお薬の形態をご希望ですか？

シロップ　　粉薬　　錠剤　　坐薬

5、アレルギーがありますか？　なし・あり

薬（　　）食べ物（　　）その他（　　）

6、今までにかかられた病気に〇印をしてください。＊大きな病気は必ずお書きください

熱性けいれん・無熱性けいれん・発達異常・川崎病・喘息・突発性発疹・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー

みずぼうそう・おたふく・はしか・風疹・その他（　　）

7、今までに入院されたことはありますか？　なし・あり

病名（　　）⇒（　　歳　　ヶ月）

病名（　　）⇒（　　歳　　ヶ月）

8、出産時に異常がありましたか？　なし・あり

異常の内容（　　）

9、ご相談されたいことがございましたら何でも気軽に遠慮なくお書きください。

もちろん診察室に入られてからでも結構です。

（　　）

10、当院をどこで知りましたか？

インターネット　チラシ　友人からきいた　兄弟がかかっている

矢吹産婦人科に家族が通院している、又は紹介された　その他（　　）

ID