

今日の病状をお知らせください

ふたばクリニック 問診票

フリガナ

大正 昭和 平成

年 月 日 (生)

氏名

男 女

住所

〒 - 東京都 世田谷区

TEL

()

紹介

無

有()

お子様の場合、枠の中もご記入ください。

出生時 体重	g	出生週数	週	仮死(無・あり)	出産後異常(無・あり)
ワクチン歴		BCG	三・四種混合	インフルエンザ	ヒブ 肺炎球菌 麻疹・風疹 日本脳炎 おたふく みずぼうそう
今まで 右記の病気に 罹患したことはありますか		突発性発疹	麻疹	水痘	風疹 おたふく 中耳炎 川崎病 熱性痙攣 その他

*1 今日の体調は いかがですか? 症状・受診目的を チェックしてください
症状を認め始めた時期 月 日頃から

発熱 のどの痛み せき 鼻水 鼻閉 頭痛 関節痛 口内炎 予防接種
 胃痛 腹痛 下痢 吐気 嘔吐 膀胱炎 ヘルペス カンジダ 健康診断
 湿疹・皮膚炎 めまい 動悸 発汗 喘息 花粉症 アレルギー 自費投薬
 心臓 腎臓 血圧 糖尿 肝臓 コレステロール 尿酸
 その他

*2 今 常用している薬はありますか? はい いいえ
市販薬/他院処方薬

*3 アレルギー・蕁麻疹・喘息・過敏症 はありますか? はい いいえ
気管支喘息、花粉症、蕁麻疹、薬疹、アトピー、慢性湿疹
 環境抗原:ハウスダスト・スギ・ヒノキ・カビ・カモガヤ・ペット()
 食餌抗原:ミルク・卵・大豆・小麦・ソバ・ピーナッツ・魚・エビ・カニ
 くすり・ハチ・その他

*4 今までの 罹患疾患で 気になるものはありますか? はい いいえ

*5 ご両親・ご兄弟・ご家族の病気で お気づきの事はありますか? はい いいえ

*6 女性の方へ 最終月経 月 日から / 閉経 才
 妊娠の可能性は? ない ある (妊娠月齢 ヶ月)・不明

ご記入ありがとうございました。 ふたばクリニック 広瀬 久人