

# 問診票(新患用)

ID (                    )

記入日	平成    年    月    日	住所	〒                    -
ふりがな			Tel (                    -                    )
お名前		男 女	携帯 (                    -                    )
			生年月日
体温	℃	体重	kg

○ 今日はどうされましたか？  
 診察    健診    検査希望 ( アレルギー 血液 尿 )    予防接種希望 (                    )  
 診断書がほしい    その他 (                    )

○ 診察の方は、いつからどういう症状がありますか？

発熱	今日～ 昨日～ 2～3日前 (                    )	頭痛	腹痛
咳	今日～ 昨日～ 2～3日前 (                    )	のどの痛み	耳の痛み
ゼーゼー	今日～ 昨日～ 2～3日前 (                    )	発疹(部位:                    )	
鼻水 鼻づまり	今日～ 昨日～ 2～3日前 (                    )	その他	[ ]
下痢	今日～ 昨日～ 2～3日前 (                    )		
嘔吐	今日～ 昨日～ 2～3日前 (                    )		

○ 周囲で流行している病気はありますか？ (                    )

○ 希望のくすりがあればお書きください  
 熱冷ましの坐薬    熱冷ましの飲み薬    塗り薬    その他 (                    )

○ いままで病気や入院をしたことがありますか？  
 熱性けいれん (    歳 )    熱のないけいれん (    歳 )    心臓病    腎臓病    川崎病    ぜんそく  
 ぜんそく性気管支炎    肺炎    中耳炎    はしか    風しん    みずぼうそう    おたふくかぜ    突発性発疹症  
 アレルギー (                    )  
 入院 (    歳 病名:                    )    入院 (    歳 病名:                    )  
 その他 (                    )

○ ご家族で病気にかかっているひとはいますか？    いいえ    はい → (                    )

◇ 当クリニックを受診されたきっかけは何ですか？  
 近いから    知人に聞いて    看板 ( 北島 川内 藍住 )    兄弟のかかりつけ    広報誌  
 インターネット ( ホームページ いチケット )    その他 (                    )

◇ 徳島健康生活協同組合にご本人様が加入されていますか？    はい    いいえ  
 (とくしま生協とは別組織です)

◇ 院外処方箋のFAXを希望されますか？    はい    いいえ  
 希望薬局:    よつば薬局    (                    ) 薬局    FAX:    -    -

医師記入欄					
血算CRP	溶連菌 (    )	末血5種	肝機能		
血糖(DX) (    )	アデノ (    )	白血球像	肝腎セット		
尿 潜血 (    )	フル (    )	AD6	AD7		
WBC (    )	マイコ (    )	尿一般沈渣	鼻汁好酸球		
蛋白 (    )	RS (    )	尿浸透圧	View36		
糖 (    )	ヒトメタ (    )				
pH (    )	ロタ (    )				
ケトン (    )	ノロ (    )				
X-p 四切 大角	細菌培養 便 (    )				
吸入 パルメブ 0.1	0.2	0.3	オルボス 1.0	2.0	
吸入後診察 あり なし	五苓散注腸 1.0	2.0	グ澗	mL	
S1(200)	S3AG(200)	生食(100)			
セフトリアキソン	g	点滴終了後    ロック    抜針			