【内科・小児科】　問　診　票

重　症	
中等症	
軽　症	

患者又は付添の方は太枠内のわかるところを記入してください。

平成　年　月　日　（午前・午後　時　分）				
ふりがな		男	生　年　月　日	体　重
患者氏名		女	明治　大正　昭和　平成 年　月　日 （　歳　か月）	１５歳以下の方 （　ｋｇ）
住　所	〒　－	電話番号	（　）	

症状及び既往歴　（治療上大切ですから必ず記入してください。）

１　どのような症状ですか。　[　　]

２　今日の体温は何度でしたか。　[　度　分]

３　今までに病気（心臓病・糖尿病・腎臓病・肝炎・ＨＩＶなど）にかかったことはありますか。　[　はい　いいえ　]

４　今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。　[　はい　いいえ　]

５　今までに手術をしたことがありますか。　[　はい　いいえ　]

６　今までに薬を飲んだり、注射をして副作用が出たことはありますか。
[　はい　（薬の名前　）　いいえ　]

７　現在どこかの病院・医院にかかっていますか。[　はい　いいえ　]

８　現在何か薬を飲んでいますか。　[　はい　いいえ　]

９　（女性の方へ）現在妊娠していますか。　[　はい　いいえ　]
（最後の生理日は　月　日）

下記のアンケートにご協力ください。

１　以前に当診療所を受診した事がありますか。
はい　〔　内　科　・　小児科　・　歯　科　〕　いいえ

２　休日夜間急患診療所・休日急患歯科診療所を何で知りましたか。
広報「かぬま」　・　新　聞　・　その他（　）

３　当診療所内で感じたことや要望があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

この問診票・アンケートに答えられた方の氏名を右欄に記入してください。 （本人以外の方は本人との続柄）	氏名		続柄	

鹿沼地区休日夜間急患診療所