

問診票

野村芳子小児神経学クリニック

新患の方に受診前に記載して頂いております。

患者様名	(歳)	性別 男 女	カルテ番号
どのような病状ですか？			
病状が現れたのは何時（何歳）頃からですか？			
既に他の病院または診療所で受診されましたか はい いいえ			
「はい」の方は、次の質問にお答えください			
何時頃			
病院・診療所名			
診断された病名			
既に受けた検査			
服用薬歴			
ご家族、ご親戚に患者様と同じ症状のある方はいらっしゃいますか？ (はい いいえ)			
「はい」の場合、氏名とご関係			
アレルギーがありますか？			
薬品			
食物			
日常生活でお困りのことがありますか？			
当院のことをどのように知りましたか？			
医師からの紹介 知人からの紹介 インターネット			
その他（			

ご協力ありがとうございました。