

# 初診問診票

ふりがな		男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日生	歳 ヶ月		
お名前						
ご住所	〒 —					
電話番号	【携帯】	-	-	【自宅】	-	-

わかる範囲でご記入をお願いいたします。ご不明な部分は空欄でかまいません。

1) 来院のきっかけはなんですか？

ホームページ ・ 近所 ・ 知人紹介 ( ) ・ 兄弟受診あり ・ その他 ( )

2) 当院以外にかかりつけの病院はございますか？

なし・あり ( )

3) 通われている保育園、幼稚園、学校はどちらですか？

( ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・その他 ( )

4) 今日どのような症状でご来院されましたか？

来院時の体温： \_\_\_\_\_℃

症状：

体重

\_\_\_\_\_ kg

5) 生まれた時の状況

在胎 週 日

出生体重 \_\_\_\_\_ g

妊娠中や出生時に異常はありましたか？ なし・あり ( )

6) 今までにかかったことのある病気はありますか？ (例：気管支喘息、けいれんなど)

病名	発症年齢	かかられた病院

7) アレルギーはありますか？※食品名は詳細をご記入ください (例：卵→ポイルはいいが生がダメ)

食品・薬等の名前	発症年齢	症状	かかられた病院

8) 現在、服用されている薬はありますか？ (ありの方はお薬手帳をご用意ください)

なし・あり (薬品名： \_\_\_\_\_ 処方された病院名： \_\_\_\_\_)

9) 【女性の方のみ】妊娠の可能性

なし・あり ( \_\_\_\_\_ ヶ月) ・授乳中

ご記入ありがとうございました。