



初 診 問 診 票


平成 年 月 日

ふりがな お名前 _____	性別： 男 ・ 女
生年月日 昭和・平成 年 月 日	(歳 か月)
住 所 〒 _____	
電 話 番 号 (自宅 _____ /携帯 _____)	


身 長	_____	cm	体 重	_____	g	体 温	_____	℃
-----	-------	----	-----	-------	---	-----	-------	---

 家族構成 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母
() 人きょうだいの () 番目


 出生時の状況を教えてください。
週数 (週 日) 出生体重 (g)

 今までにかかった病気や入院をしたことはありますか？


突発性発疹症 水ぼうそう おたふくかぜ 川崎病 先天性心疾患
 けいれん (その時は、熱はありましたか？ はい いいえ)
 その他 (_____)
 入院歴 (_____)

 アレルギーはありますか？ (無 ・ 有)

お薬アレルギー (_____)
 食物アレルギー (卵・乳・小麦・その他： _____)
 気管支ぜんそく アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症

 現在、服薬中のお薬はありますか？

はい (お薬の名前 _____) お薬手帳を見せて頂くでも結構です。
 いいえ

 現在どんな症状があるため来院されたのか、診察に際してご希望などがございましたらご記入ください。

保険証預かり あり なし

返却サイン _____

