

ID

## 初診問診票



ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 受診日：令和 年 月 日

生年月日：(平成・令和) 年 月 日 年齢： 歳 ヶ月

通っている学校・幼稚園・保育園： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

自宅電話： \_\_\_\_\_ 携帯電話： \_\_\_\_\_ (母・父・その他 \_\_\_\_\_)

以下の項目について、お分かりになる範囲でご記入ください。

身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

### 妊娠中・出生時について

★妊娠中・出生時の異常 (なし・あり \_\_\_\_\_)

★在胎週数 ( 週 日) ★出生体重 ( g)

### 今までにお子様がかかれた病気について

★大きな病気、入院、手術の経験はありますか？

年齢：( ) 病名 ( )

★アレルギーはありますか？ あれば○をつけてください。

喘息・鼻炎・アトピー性皮膚炎・食物・薬剤・その他 ( )

原因物質 ( )

★下記の中にかかったことのある病気はありますか？ あれば○をつけてください。

麻疹・風疹・水痘・おたふく・百日咳・けいれん・その他 ( )

★現在治療中の病気があればご記入ください。

(病名： \_\_\_\_\_ 医院名： \_\_\_\_\_)

### 家族構成について

★ご兄弟 ( 人中 人目)

・名前： \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢： 歳 ・名前： \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢： 歳

★大きな病気、入院、手術をされた方はいますか？ (いいえ・はい： \_\_\_\_\_)

★ご家族にアレルギーはありますか？ あれば○をつけてください。

喘息・鼻炎・アトピー性皮膚炎・食物・薬剤・その他 ( )

当院をどのようにしてお知りになりましたか？（複数回答可）

家族が受診 ・ 自宅が近い ・ 看板 ・ ホームページ

他の施設から紹介（施設名：                    ）

知人からの紹介（紹介者：                    様）

その他（    ）