

## 問 診 票 (初診)

氏名 男 女

年齢 歳 か月 生年月日 年 月 日

住所 〒

電話番号 (必要時クリニックから連絡してよい番号をご記入ください) Tel.

生活の場:自宅・幼稚園・保育園・小学校・中学校・その他( )

1 いつごろから、どのような症状がありますか? 具体的にご記入ください。

2 お生まれになった時のことについてお伺いします。

- ・妊娠中の異常 : なし あり( )
- ・在胎週数 週 日 出生場所 \_\_\_\_\_
- ・出生体重 g
- ・乳幼児健診での異常の指摘 : なし あり

3 今までにお子様が罹られた病気についてご記入ください。

- ・大きな病気、入院、手術の経験はありますか?
- 時期( )  
病名( )

- ・アレルギーはありますか?

薬のアレルギー:  
食物アレルギー:

- ・下記の中に罹られたことのある病気がありますか? ○をつけてください。  
はしか 風しん 水痘 おたふく 百日咳 ぜんそく  
ひきつけ その他( )

またそれは何歳の時に罹りましたか( 歳)

4 家族構成についてお伺いします。

名前	続柄	年齢	既往歴・アレルギー

ありがとうございました。

記載方法についてご質問がありましたら、受付にお尋ねください。