

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 今までにお子様がかか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。