初診問診票

ふりがな			ご住所	〒(　　－　　)
お名前		男 女		
生年月日	昭和・平成　年　月　日			
電話	(　　)		携帯電話	
FAX	(　　)		E-mail	

大人の方は、「問診７」以降の記入をおねがいします

1、通園・通学している場合は、園名、校名をお書きください。

(　　)保育園・幼稚園・小学校(　年)・中学校(　年)

2、出生時の体重　(妊娠　　週　　g)　生まれた病院(　　)

3、分娩時に何か異常はありましたか。　いいえ ・ はい

(　　)

4、生まれつきの病気はありますか。　いいえ ・ はい

(　　)

5、乳児期の栄養法　母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・その他(　　)

6、兄弟・姉妹はいらっしゃいますか。　いない ・ いる(　人兄弟(姉妹)の　番目)

7、今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹 ・ はしか ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ 気管支炎 ・ 肺炎 ・ 喘息

じんましん ・ RSウイルス ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他(　　)

けいれん → 最終:　年　月　日、計　回、 抗けいれん剤の使用: 無 ・ 有 (薬名:　　)

8、入院されたことはありますか。　いいえ ・ はい (はいの方は以下ご記入ください)

病院名:(　　)　病名:(　　)

いつ:(　年　月　日から　日間)　定期的に受診されていますか？　はい ・ いいえ

9、現在、治療中の病気はありますか。　いいえ ・ はい(はいの方は以下ご記入ください)

病院名(　　)　病名:(　　)

定期的に飲んでいる薬(　　)

10、お薬や予防接種で具合が悪くなったことがありますか。

いいえ ・ はい (何で:　　)

11、何かアレルギーはありますか。　ない ・ ある(　　)

12、家族の中に喫煙者はいますか。　いない ・ いる

13、家の中で動物を飼っていますか。　いいえ ・ いる(　　)

14、どのようにして当院を知りましたか。

家族がかかっている(名前:　生年月日:　年　月　日)

(名前:　生年月日:　年　月　日)

知り合いからの紹介(名前:　) ・ 病院からの紹介(病院名:　)

ホームページを見て ・ その他(　　)