

問 診 票

はじめて診察を受けられる方は、ご記入お願い致します

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 性別 (男 ・ 女) _____

西暦 _____ 年 月 日 _____ 年齢 歳 _____ ヶ月 _____

〒

ご住所 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____ - _____ - _____

(_____) 学校 ・ (_____) 幼稚園 ・ (_____) 保育園

身長 (_____) c m ・ 体重 (_____) kg ・ 体温 (_____) 度

☆ 出生時体重 (_____) g ・ 在胎週数 (_____) 週 (_____) 日

出生時に何か問題がありましたか？ (はい ・ いいえ)

首がすわったのは (_____) ヶ月ごろ

おすわりができるようになったのは (_____) ヶ月ごろ

ひとりで歩けるようになったのは (_____) ヶ月ごろ

お話ができるようになったのは (_____) 歳ごろ

☆ 発達の過程で何か異常を指摘されたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

☆ 既往歴

今までに入院されたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

(_____) 歳ごろ ・ 病名 (_____)

喘息、アトピー性皮膚炎、中耳炎、心臓病、内分泌疾患などの既往はありますか？

(はい ・ いいえ) ・ 病名 (_____)

食べ物、薬、花粉などのアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

種類 (_____)

けいれんを起こしたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

(熱性 ・ 無熱性) ・ (_____) 歳ごろ ・ (_____) 回

☆ 家族歴

ご家族で大きな病気をされたことがある方は、病名をご記入ください

祖父 歳 祖母 歳 祖父 歳 祖母 歳

□ ○ □ ○

父 歳 母 歳

兄弟姉妹
歳(男・女) 歳(男・女) 歳(男・女) 歳(男・女)

☆ 現在飲んでいる薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

(はい) の方は、お薬手帳をお出してください

☆ このクリニックを何でご存知になりましたか？

1 紹介(紹介者 _____) ・ 2 Web ・ 3 看板 ・ 4 電柱広告 ・ 5 近いから ・

6 その他(_____)