

問診票

下記の項目についてご記入下さい。

年 月 日

ふりがな 名前		男	昭・平	年 月 日生
		女	令	
住所	〒	電	自宅	父・母
		話	携帯	

- 今日はどのようなことでおいでになりましたか

発熱（ 度）・咳嗽・鼻水・咽頭痛・腹痛・嘔吐・下痢・発疹
その他（ ）

身長（ ）cm
体重（ ）kg

いつごろからそのような経過ですか

- 出生時について

妊娠何週でお生まれですか（ ）週、正常分娩・帝王切開・その他（ ）
生まれた時の体重は（ ）g、身長は（ ）cm

- 発達の様子について

首すわり（ ）か月、おすわり（ ）か月、つかまり立ち（ ）か月、独り歩き（ ）か月

- これまでにかかった病気はありますか

気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・熱性けいれん・突発性発疹症
その他（ ）

- 予防接種について

予定通りに 受けている・まだ受けていない・その他（ ）
副反応の出現は なし・あり（ ）

- お薬の副作用について

なし・あり（具体的に ）

- ご家族について

- 自由記載

	年齢	これまでかかった病気やアレルギーなど
父		
母		
兄・弟・姉・妹		
兄・弟・姉・妹		
兄・弟・姉・妹		
兄・弟・姉・妹		

- 当クリニックをどのようにお知りになりましたか

1) 友人・知人から聞いた 2) インターネット（当院HP・医師会HP・病院紹介サイト・その他）
3) 看板・電柱広告 4) 他の医療機関からの紹介 5) 家族が通院 6) その他