

初診 問診票

記入日 年 月 日

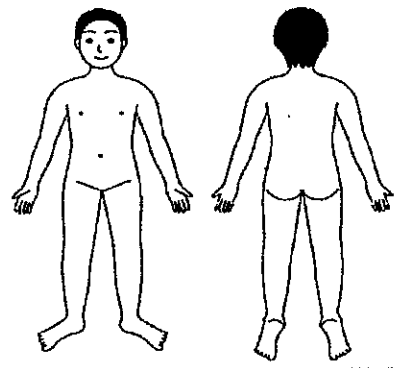
診察券No.

フリガナ			
名前	(男・女)		体重
生年月日	昭和・平成	年 月 日 (歳 ヶ月)	kg・g
住所	〒		
電話番号	自宅 0 - -	携帯 0 0 - -	
学校名	保育園・幼稚園・小学校・中学校		年生

以下、わかる範囲でご記入ください。不明な項目は空欄で構いません。

1. いつから どのような症状があるか記入してください

・体温 ℃



2. 今回の症状で他の病院からお薬がありましたら記入してください

・

・

・

3. 家族構成 父 才 母 才 兄 才 姉 才 弟 才 妹 才

4. 出産歴 出生体重 _____ g 在胎週数 週 日 正常分娩・異常分娩 (骨盤吸引・鉗子・帝王切開)

出産された医療機関 _____

5. アレルギー なし・あり <食物・薬物・アトピー・鼻炎・結膜炎・ぜんそく・その他 () >

6. 予防接種以外で自然にかかったものを記入して下さい 例) 風疹 ○才 _____ 才 _____ 才 _____

7. 現在治療中の病気、また内服中の薬などはありますか

なし ・あり 内容>

8. 今までに入院、手術をした事がありますか

なし ・あり <いつ頃・内容> _____

9. かかりつけの医師はいますか いる (_____ 病院・医院・ _____ 病院・医院・ _____ 病院・医院)

いない

10. 当院をどのようにして知りましたか (知人・広告・インターネット・その他 ())

11. 本日はどのようにして来院されましたか (電車・バス・徒歩・自転車・自家用車・タクシー)

ご記入の方 ※ 下記にチェックをお願いします

本人 _____ 代理人 氏名 _____ 続柄 ()