記入年月日　令和　　年　　月　　日

初診問診票

ふりがな		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　月　日 （　歳　ヶ月）
お名前	男 ・女		
ご住所	〒　－		
電話番号	―　―		
携帯番号	―　―		（ 母 ・ 父 ・ その他 ）
緊急連絡先	―　―		（お名前：　）

通っている学校・幼稚園・保育園名 ：

以下の項目について、お分かりになる範囲で〇をつけてご記入ください。

☆ 出産・発育について

①妊娠中・出生時の異常　なし ・ あり ：（　）

②出生：（　）週（　）日で出生　出生体重（　g） 出生身長（　cm）

③乳児期の栄養方法 ：　母乳 ・ 混合 ・ 人工乳

④発育について ：　心配がある ・ 指導を受けたことがある ・ 特に心配はない

☆ 今までにお子様がかかられた病気についてご記入ください

①大きな病気、入院、手術の経験はありますか？　なし ・ あり

時期：（　）　病名：（　）

②かかったことのある病気、もしくは現在、通院・治療中の病気はありますか？

突発性発疹　麻疹　風疹　はしか　おたふくかぜ　百日咳　水ぼうそう

喘息　肺炎　けいれん　その他（

③普段通院している病院をご記入ください。（医院名：　）

④普段使用しているお薬があればご記入ください。（お薬名：　）

⑤アレルギーはありますか？

ない

ある ： 喘息　鼻炎　アトピー性皮膚炎　花粉症

食物アレルギー （対象食物：　）

薬物アレルギー （対象薬剤：　）

☆ ご家族について

①ご兄弟（　人中　人目）　お名前：　（男・女）（　歳）

お名前：　（男・女）（　歳）

②大きな病気をされた方がおられますか？　いいえ ・ はい（　）

③次のアレルギー体質の方はおられますか？いいえ ・ はい

喘息　アトピー　鼻炎　食物（　）　薬物（　）　その他（　）

☆ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？（複数回答可）

家族が受診　自宅が近い　当院スタッフの知り合い　ホームページ　お知り合いからの口コミ

他の施設から紹介（紹介名：　）　知人からの紹介（紹介者：　様）

ありがとうございました。
ご記入されました個人情報に関しましては、当院の診療以外には使用いたしません。

きざき小児科・小児内分泌クリニック