

初診問診票

ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和
お名前	男・女		年 月 日 (歳 ヶ月)
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? ない ・ ある
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? ない ・ ある
突発性発疹 麻疹 風疹 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 日赤からの転院
他の施設から紹介(紹介名:) 知人からの紹介(紹介者:) 様)

