

初診問診票

ふりがな		男	昭和						
お名前		・	平成	年	月	日生	歳	ヶ月	
		女	令和						
ご住所	〒 -								
電話番号	【携帯】 - -			【自宅】 - -					

わかる範囲でご記入をお願いいたします。ご不明な部分は空欄でかまいません。

1) 来院のきっかけはなんですか？

ホームページ ・ 近所 ・ 知人紹介 () ・ 兄弟受診あり ・ その他 ()

2) 当院以外にかかりつけの病院はございますか？

なし・あり ()

3) 通われている保育園、幼稚園、学校はどちらですか？

() 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・その他 ()

4) 新型コロナウイルス感染症について

・ご本人またはご家族に新型コロナウイルスの濃厚接触者の方はいらっしゃいますか？ (いいえ/はい:)

・24時間以内に発熱はありましたか？ (いいえ/はい: °C)

5) 今日どのような症状でご来院されましたか？

来院時の体温: °C

症状:

体重

kg

6) 生まれた時の状況

・在胎 週 日 ・出生体重 g

・妊娠中や出生時に異常はありましたか？ なし・あり ()

7) 今までにかかったことのある病気はありますか？ (例: 気管支喘息、けいれんなど)

病名	発症年齢	かかられた病院

8) アレルギーはありますか？※食品名は詳細をご記入ください (例: 卵→ポイルはいいが生がダメ)

食品・薬等の名前	発症年齢	症状	かかられた病院

9) 現在、服用されている薬はありますか？ (ありの方はお薬手帳をご用意ください)

なし・あり (薬品名: 処方された病院名:)

10) 処方するお薬の形状にご希望はありますか？

希望なし・錠剤・粉・シロップ

11) 【女性の方のみ】妊娠の可能性

なし・あり (ヶ月)・授乳中

ご記入ありがとうございました。