

# 問診票 ① (初めて来院の方にお願ひします)

より良い診療・治療のため、以下のご記入をお願い致します。

※青ペンでご記入ください。

受診日 平成 年 月 日

ふりがな	
氏名 (男・女)	お誕生日 平成 年 月 日
住所 (〒 - )	
携帯番号 ( )	電話番号 ( )
通っているのは	( ) 託児所、保育園、幼稚園、小学校 年、中学校 年
お子さんの数は	_____人、このお子さんは____番目、兄_____人、弟_____人、姉_____人、妹_____人
分娩時の異常は	なし・あり (吸引分娩、帝王切開、他 )
生まれたときは	体重_____g、妊娠_____週、どこで
新生児期の異常	なし・あり (どんな )
今までかかった病気	突発性発疹、はしか、風疹、百日咳、おたふく、水痘、ひきつけ_____回、 扁桃炎、中耳炎、肺炎、かぜをひきやすい、ぜいぜいしやすい、 アレルギー(喘息、じんましん、アトピー性皮膚炎、鼻炎、結膜炎、食物) 主な病気( )
入院または手術	なし・あり (何の _____、 _____ 歳のとき)
薬のアレルギー	なし・あり (何の薬で/どんな症状 )
食べ物のアレルギー	なし・あり (牛乳、卵、他 )
家族のアレルギー疾患	なし・あり (喘息、アトピー性皮膚炎、じんましん、鼻炎、結膜炎、 )

2014/08/01 小林小児科クリニック

※帰省中の方はご記入お願いします※

帰省先のお名前

住 所

電話番号