


 問 診 票
 

フリガナ	
氏名	男 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (才)
住所 〒	-
TEL ()	携帯 ()
緊急連絡先：(自宅・携帯・会社・その他) こちらはお子様が1人で来院されたときのご連絡先とし、他連絡等にはご連絡致しません。	
Eメールアドレス	@
メール配信にて健診、予防接種等のクリニック情報	必要 ・ 不要
幼・保・学校	身長 cm 体重 kg
★本日の症状に○をつけてください 発熱(最高 . 度 / 今日 . 度)、せき、鼻水、のどの痛み、頭痛、 下痢、嘔吐、腹痛、食欲がない、発疹、水ぼう、耳の下や首のはれ、 (その他)	
★その症状はいつからですか? (今日・昨日・2~3日前・1週間前・ 前から)	
★出生時の様子について 在胎週数 () 週、体重 () g、分娩・出生時の状態 (正常・異常)	
★今までにかかった病気は? 麻疹(はしか)、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ、風疹、突発性発疹、 ひきつけ、百日咳、川崎病、その他 ()	
★入院や手術をしたことはありますか? いいえ・はい (病名)	
★下記のアレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか? 気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー	
★他院に通院中ですか いいえ・はい (内・外・整形・皮膚・小児・その他)	
★お薬を飲んでいますか いいえ・はい (薬名)	
★体質について 薬や注射でアレルギー反応をおこしたことがありますか? いいえ・はい ()	
食べ物等で発疹等のアレルギー反応をおこしたことがありますか? いいえ・はい (食品名)	
★家族構成 喘息、アトピー、花粉症のある方がいましたら下のカッコ内に記入してください。 また、タバコお吸いになられる方に○をつけてください。 父：__才 () 母：__才 () お子様 (__才、 __才、 __才、 __才) ペット (犬、ネコ、鳥、ハムスター、その他)	
★ご来院のきっかけは? インターネット(病院検索サイト等) ・ 当院 HP ・ クリニックの看板 ・ バス音声 知人の紹介 ・ 家族がかかっている ・ 他院からの紹介 ・ 近所 ・ 駅構内看板	