

問診票（初診用）

氏名	男 ・ 女	年齢	歳	ヵ月	生年月日	年	月	日
住所								
電話番号（必要時病院から連絡してよい番号をご記入下さい）								
Tel. (母 ・ 父 ・ 自宅 ・ その他)								
生活の場 : 自宅、() 保育園 ・ 幼稚園、() 小学校、() 中学校								
体重	kg	来院時の体温	℃					

1. 今日はどうされましたか？（健診または予防接種の方は記載不要です。）

熱がある 咳が出る 鼻水が出る
 吐いている 下痢をしている 便秘をしている
 発疹（体にぶつぶつ）がある 耳の下が腫れている
 そのほか（ ）

今ある症状に○をつけて
 ください

その症状はいつ頃からですか？（ ）

その症状に対して飲んでいるまたは塗っているお薬があれば教えてください。

または、お薬手帳があれば受付と一緒にご提出ください。

（ ）

2. 今までのことを教えてください。わかる範囲でけっこうです。

・ 赤ちゃんのとき

妊娠中の異常： なし ・ あり（ ）

在胎週数 週 日（予定日 月 日） 出生場所（ ）

分娩： 普通 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 ・ その他（ ）

入院期間 日 ・ 出生体重 **g**

出生時の処置： なし ・ 保育器 ・ 光線療法 ・ その他（ ）

・ 乳幼児健診での異常の指摘： なし ・ あり（ ）

・ 大きな病気、入院、手術の経験はありますか？

時期 ・ 病名：（ ）

・ 食べ物や薬のアレルギーはありますか？ なし ・ あり（具体的に ）

3. ご家族について差し支えない範囲で教えてください。

名前	続柄	生年月日	勤務先または通っているところ	職業	既往症・アレルギーなど

以上です。書き方でご不明な点は受付までお声がけください。有難うございました。