

# 初診 問診票（1歳以上～13歳未満）

\*この問診票は、診察の時に参考にしますので、わかる範囲でご記入お願い致します。

フリガナ	生年月日	年齢	才	ヶ月	男・女
氏名	平・令	年	月	日	
住所	〒                      ー				
電話番号： 自宅	携帯				

現在の体温（              °C）	診察時の体重	kg	クリニック使用欄	
1 どのような症状ですか？				
2 その症状はいつ頃からですか（              頃）				
3 そのことで、これまで近くの病院・医院に通院しましたか？ （病・医院名；                                      ） ・ していない				
4 現在、他の治療中の病気はありますか？ ある(病名；                                      ) ・ ない				
5 これまでに、どの様な病気にかかりましたか？ はしか・ふうしん・おたふくかぜ・水痘・突発性発疹・川崎病・熱性けいれん				
6 薬または食物アレルギーはありますか？ ない ・ ある(具体的に；                                      )				
7 その他、特に心配な事や相談したいことがあれば、お書きください。				
* 当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他(                                      )				