

問診票（初めての患者さん）

※クリニック使用欄
受付番号

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	平成 年 月 日 () 歳
住所	〒
電話番号	
通っている保育園・幼稚園・学校名	通園なし



今日はどのような症状で来院されましたか？ 下の枠内にご記入ください。

発疹や耳の下の腫れや痛みがある場合は、すぐに受付へお申し出ください。

現在の体重: _____ Kg

お薬の形状の希望はありますか？ シロップ・粉・錠剤

出生体重 (_____ g)

妊娠中や出生時に何か異常はありましたか？ いいえ/はい (_____)

いままでかかったことのある病気はありますか？ いいえ/はい (_____)

いつも飲んでいるお薬はありますか？ いいえ/はい (_____)

食事やお薬にアレルギーはありますか？ いいえ/はい (_____)

お子様の今までに受けた予防接種について、該当するものに○をつけてください。

ヒブ(回数: 回)、肺炎球菌(回数: 回)、4種混合(回数: 回)、B型肝炎(回数: 回)

BCG、ロタウイルス(回数: 回)

3種混合(回数: 回)、ポリオ(回数: 回)

麻疹・風疹(回数: 回)、水痘(回数: 回/水ぼうそうになった)、おたふく(回数: 回/おたふくになった)

日本脳炎(回数: 回)、2種混合

ご家族構成を教えてください。()内に今までにかかった病気やアレルギーなどご記入ください。

父 歳 (_____)

母 歳 (_____)

兄弟 男・女 歳 (_____)

男・女 歳 (_____)

男・女 歳 (_____)

当院を知ったきっかけを教えてください

口コミ 近いから ホームページ 開院チラシ 電柱広告 その他 (_____)

ご記入ありがとうございました