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

以下お分かりの範囲でご記入ください。不明な点は空欄でかまいません。

出生時体重　（　　g）　　現在の体重　　kg

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？　（　　）

いつも飲んでいるお薬はありますか？　（　　）

食事やお薬にアレルギーはありますか？　（　　）

ご家族構成を教えてください

父　　歳　（　　）
母　　歳　（　　）
兄弟　男・女　歳　（　　）
男・女　歳　（　　）
男・女　歳　（　　）

今までにかかった病気やアレルギーなど

今日はどのような症状で来院されましたか？

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

かじわら田奈駅前こどもクリニック