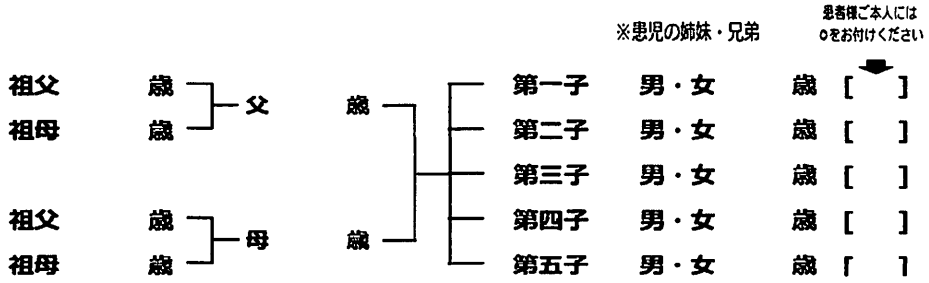
初めての方へ問診票

フリガナ		性別	男・女	ご住所	〒
お名前					
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日 歳　　ヶ月			電話	有・無　　（　　）
				携帯電話	有・無　　（　　）

本日はどうされましたか？	□発熱（　　）日前から　□咳　□ゼーゼー　□鼻汁　□嘔吐　□下痢　□発疹 □その他　【　　】 【　　】 食欲　□普通　□低下　□全くなし　　他院通院中　□あり　□なし
妊娠出産	妊娠中・出産の経過　□正常　□異常　【具体的に　　】 生まれたときの経過　□正常　出生時体重＿＿＿g　在胎週数＿＿＿週＿＿＿日 □異常　【具体的に　　】
成長・発達	☆健診や育児相談で発達について何か指摘されたことがありますか？ □なし　□ある　【具体的に　　】 ☆大きな病気や手術をしたことはありますか？ □なし　□ある　歳ごろ【具体的に　　】 ☆熱性けいれん、ひきつけをおこしたことはありますか？ □なし　□ある　【平成　年　月頃　：　歳　ヶ月】 ☆これまでにかかった病気はありますか？ □突発性発疹　□おたふくかぜ　□水痘・風疹・麻疹　□気管支喘息　□その他
アレルギー	☆医師にアレルギーがあるといわれたことはありますか？何かを食べて具合が悪くなったことはありますか？お薬で具合が悪くなったことがありますか？ □なし　□ある　【具体的に　　】
生活・家族	☆ご家族の構成についてご記入ください ・一緒に住んでいる方は年齢もご記入ください ・ご家族で病気をされた方やアレルギーと言われた方がいらっしゃる場合は空いているところへ記入ください。喫煙の方に○をつけてください 
	☆保育園・学校に通っていますか？ □行っていない　□行っている（名称をご記入ください） 保育園・幼稚園名　　小学校　　中学校
備考	当院を何でお知りになりましたか？ □知人紹介・口コミ　□HP　□院長知人、かかりつけ　□近所　□他院の紹介　□その他

体温：　　身長：　　体重：　　（当院で記入します）