

新患問診票

20 年 月 日			
ふりがな		男・女	生年月日
お名前			
		西暦	年 月 日
		(才 か月)	
ご住所	(〒 -)	電話番号①	(続柄)
		電話番号②	(続柄)
保育園・幼稚園・学校名			年

本日はどのような症状でいらっしゃいましたか。いつごろから、どのような。

★身長・思春期など内分泌での受診の場合は、どのような心配や相談かを具体的に記入ください

その症状について受診されたことはありますか

ない・ある(どこ:)

(説明:)

◇診療の参考になりますので、差し支えない範囲でご記入ください。

家族構成	父 才(職業:)、母 才(職業:)
	きょうだい (名前、年齢) その他同居の方
出生状況	在胎週数: 週 日 出生体重: g 出生身長: cm
	何か異常はありましたか ない・ある()
予防接種で受けたものはどれですか ロタ ヒブ 肺炎球菌 四種混合 五種混合 BCG ポリオ 三種混合 MR(麻疹・風疹混合) おたふく 水痘 日本脳炎 二種混合 B型肝炎 その他()	
次の病気にかかったことはありますか 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 突発性発疹 水痘 おたふく RSウイルス感染症 熱性けいれん 川崎病 心疾患 腎疾患	
他に今まで大きな病気や特別な病気にかかりましたか	
いいえ・はい(年齢: 病名:)	
常用している薬やサプリメントはありますか	
いいえ・はい()	
薬や食べ物のアレルギーはありますか	
いいえ・はい()	
当院を何でお知りになりましたか	ホームページ ネット情報(サイト) 通りがかり
口コミ・紹介(どなたから)	看板(建物・電柱・駅) その他()
その他、ご希望や聞きたいことがありましたらお書きください	

※お書きいただいた情報は診療目的以外には使用いたしません