

問診票 (わかる範囲で書いてください)

氏名 () よみがな ()

性別 (男 女)

今日の体温 () °C 体重 () kg (測定日 本日 およそ () 日前)

初めて受診の方

郵便番号 ()

住所 ()

連絡のつく電話番号 ()

生年月日 (昭和 平成 年 月 日) 年齢 (歳)

今までにかかった大きな病気：なし あり

➡ありの場合具体的に

入院歴：なし あり

➡ありの場合具体的に

食べ物/花粉/ダニ/薬などのアレルギー：なし あり

➡ありの場合具体的に

予防接種歴：

➡初めて受診の方は母子手帳を受付にご提出ください

妊娠中・生まれた直後の異常 (早産、NICU 入院歴など)：なし あり

➡ありの場合具体的に

(幼児の場合) 幼稚園・保育園に行っていますか？：

いいえ はい (園名)

本日はどうされましたか？ (簡単で結構です)

2回目以降の受診の方

本日はどうされましたか？ (簡単で結構です)