

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 有り

➡有りの場合具体的に

入院歴 : なし 有り

➡有りの場合具体的に

食べ物や薬のアレルギー : なし 有り

➡有りの場合具体的に

予防接種歴 :

➡診察時にお聞きすることがありますので母子手帳の準備をお願いします

妊娠中・生まれた直後の異常 (早産、NICU 入院歴など) : なし 有り

➡有りの場合具体的に

(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)

徳洲会で田中医師の診察を受けたことがありますか? : いいえ はい

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)