

# 初診問診票(中学生まで)

記入日 年 月 日

ふりがな			住所	〒	—
お名前					
生年 月日	平成	年	月	日	男
	(	歳	ヶ月)		女
				電話	( )
				携帯	( )

ごめんですが、次の質問にお答え下さい。

1	生まれたときの体重 (妊娠 週・ g) 生まれた病院( ) 生まれたときの異常 ない・ある ( )
2	乳児期の栄養法 母乳・混合・人工・その他( )
3	ご兄弟はいらっしゃいますか いない・いる → ( 人兄弟の 番目)
4	現在通園・通学している場合は、園名・校名をお書き下さい ( )保育所(園)・幼稚園 ( 年 月)から登園 ( )小学校・中学校 ( 年)在学中
5	入院・手術をされたことはありますか いいえ・はい → (いつごろ 病名 )
6	現在内服している薬はありますか ない・ある → (薬の名前 病名 )
7	生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・免疫不全症・その他)にかかり、通院していますか いいえ・はい → (病名 )
8	いままでかかったことのある病気があれば、○を付けてください 突発性発疹・はしか・風しん・百日せき・水ぼうそう・おたふくかぜ・気管支喘息 ひきつけ・熱性けいれん( 年 月 日)・その他( )
9	薬や食品に対するアレルギーはありますか ない・ある→( )
10	ご家族・ご親族に気管支喘息(ぜんそく)や、アレルギー体質の方はいらっしゃいますか いない・いる → 父・母・兄弟・その他( ) 病名( )
11	ご家族の方に喫煙される方はいらっしゃいますか いない・いる → 父・母・その他( )
12	来院されたきっかけは ・家族がかかっている (お名前 生年月日 昭・平 年 月 日) (お名前 生年月日 昭・平 年 月 日) ・知り合いの紹介 (お名前 ) ・病院からの紹介( ) ・インターネットの検索で(検索先 ) ・当院のホームページを見て ・その他( )
13	現在の体重 ( kg)