初診問診票(高校生以上)

記入日　　年　　月　　日

ふりがな			住所	〒　　－
お名前				
生年月日	昭・平　　年　　月　　日 (　　歳)	男 女	電話	(　　)
			携帯	(　　)

ごめんどうですが、次の質問にお答え下さい。

1　今までかかったことのある病気がありますか

ない ・ ある → (病名　　)

2　現在治療中の病気がありますか　ない ・ ある → (病名　　)

現在内服している薬はありますか　ない ・ ある → (薬の名前　　)

3　入院や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　　)

4　薬や食品に対するアレルギーはありますか　ない ・　ある → (　　)

5　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 → (間柄　　病名　　)

6　喫煙される方はいらっしゃいますか　いない ・ 本人 ・ 家族

7　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(　　)

さくらんぼ
こどもクリニック