# 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<br>(　　歳) | 男<br>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