



【初診 問診票】

ふりがな

お名前 (男・女)

生年月日 令和、平成、昭和 年 月 日 歳 ヶ月

住所 〒

電話番号 ()

家族構成 父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母()・ペット()

生活状況 未就園・保育園・幼稚園・小学校・中学校・その他()

園名・学校名()

出生、分娩時に異常はありましたか？

無 有 ()

早産:週数(週 日) 出生体重(kg)

今までの健診で異常を指摘されたことはありますか？

無 有 ()

今までにかかった病気や入院をしたことはありますか？

突発性発疹 水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん 無熱性けいれん 川崎病

新型コロナウイルス感染症 (いつ頃:

既往歴、入院歴 ()

他院で飲んでいる薬などありますか？()

アレルギーはありますか？

無 喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症()

薬アレルギー() 食べ物アレルギー() その他()

アレルギー検査をしたことはありますか？

無 有 (陽性の項目:)

●本日はどうされましたか？ 症状の経過をご記載ください

(ご使用中のお薬があれば、「お薬手帳」を問診票と一緒にお願いします)

●本日は薬の処方希望は希望しますか？ はい → シロップ / 粉 / 錠剤 を希望

いいえ, 医師に任せる,

●本日の体温 °C

●現在の身長 cm/体重 kg (大人の方は未記入でも結構です)

成人女性の場合のみ: 授乳中・妊娠中・妊娠の可能性無 有

●当クリニックをどこでお知りになりましたか？(複数回答可)

当院の HP を見て 知り合いから勧められた 家族が通っている 家や職場が近所、通りすがり

電柱看板を見て SNS を見て(インスタグラム等)

はまかぜこどもクリニックに通っている

他の医療機関から紹介された(どちらですか？)

保健所の健診で 幼稚園・保育園で(どちらですか？)

その他()

ご記入が済みましたら、受付にお渡しになり、待合室でお待ちください。