初診問診票　たいようこどもクリニック

年　月　日

来院時体温　　℃　　身長　　cm　　体重　　kg　（こちらで測ります）

ふりがな		男・女	自宅電話	
名前			携帯（続柄）	（母・父・祖母・祖父・その他　　）
住所	〒			
生年月日	年　月　日（　歳　カ月）			
集団保育	なし・（　　）保育園・幼稚園・こども園 （　　）小学校　その他（　　）			

★お薬手帳、母子手帳があれば見せてください。

①本日、来院されたのはどうしてですか？

②妊娠中や出生時に異常はありましたか。
なし・あり（　　）

③今までに入院や手術をされたことはありますか。
なし・あり（　　）
継続して内服している薬はありますか。
なし・あり（　　）

④アレルギーについて
なし・食物（　　）　薬剤（　　）

⑤予防接種について
予防接種は今までに受けたことはありますか。　はい・いいえ
定期接種で受けていないものがあれば記入してください（　　）

⑥ご家族で体調の悪い方、または治療中の方はいらっしゃいますか。アレルギーに〇をつけてください。

父（　歳）（花粉症・喘息・アトピー・なし）
母（　歳）（花粉症・喘息・アトピー・なし）

- 第1子　男・女（　歳）
- 第2子　男・女（　歳）
- 第3子　男・女（　歳）
- 第4子　男・女（　歳）

⑦ご家族でたばこを吸う方がいますか？
なし・あり（父・母・その他　　）

これらの情報は診療以外には使用しませんので、ご安心ください。ご協力ありがとうございます。