

★お薬手帳、母子手帳があれば見せて下さい。

初診問診票 たいようファミリークリニック

年 月 日

来院時体温 °C 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			携帯電話	() (母・父・祖母・祖父・その他)
住所	(〒 -)			
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)			
集団保育	なし・() 保育園・幼稚園・こども園 () 小学校・中学校、その他()			

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 ()	④継続して内服している薬はありますか？ なし・あり ()	
④アレルギーの有無について なし・あり ()		
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 or 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家族構成の記入をお願いします。その際、ご家族の病歴や持病・お薬の記入もよろしくをお願いします。		
	病歴・持病など	アレルギーの有無
父 (歳)		なし・あり()
母 (歳)		なし・あり()
第1子 男・女 歳		なし・あり()
第2子 男・女 歳		なし・あり()
第3子 男・女 歳		なし・あり()
第4子 男・女 歳		なし・あり()
⑦ご家族でタバコを吸う方はいますか？ 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。