



医療法人社団 友隣会 きたのこどもクリニック

初診 問診票

初めての方は、以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入あるいは をつけてください

【ふりがな】	【生年月日】
【氏名】 _____	(男・女) 昭和・平成 年 月 日
【住所】 〒 _____	_____
【連絡先ご自宅】 _____	【携帯電話】 _____

【体重】 _____ k g 【診察前の体温】 _____ 度 分

① 本日は、どのような内容で来院されましたか？

- 発熱 咳 (乾いた咳、 しめった咳、 ケンケンした咳) ぜーぜーする
 嘔吐 下痢 発疹 健診、予防接種 その他 (_____)
いつからですか？ (_____)

② 薬や食品で調子が悪くなったことはありますか？

ない ・ ある (_____)

③ 今までにかかった病気はありますか？

- はしか 風疹 水疱瘡 おたふくかぜ けいれん 心臓病
 喘息 食物アレルギー その他 (_____)

④ 今までに接種した予防接種を をつけてください。

- B型肝炎 ロタ ヒブ 肺炎球菌 四種混合 BCG MR (麻しん風しん混合)
 おたふく 水痘 日本脳炎 インフルエンザ その他 (_____)

⑤ ご家族について、ご記入ください。(喘息、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー等あれば、余白にご記入ください)

(父 _____ 歳 、 母 _____ 歳 、 兄弟 _____ 歳 _____ 歳 _____ 歳)
(_____)

⑥ その他、ご質問やご希望がありましたらご記入ください。

ない ・ ある (_____)

ご記入いただきありがとうございます