



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 ・ 令和 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) ゼーゼーする
- 嘔吐 下痢 発疹 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。
- 四種・五種混合 肺炎球菌 B型肝炎 ロタ BCG ヒブ
- 麻疹風疹混合 水痘 おたふく 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