

☆初診問診票☆

とのうちファミリークリニック

ふりがな		男・女	生年月日	昭和		
お名前				平成	年	月
ご住所	〒	-	電話番号	()		
			携帯番号	()		
☆保育園・幼稚園・学校名						
当院診察券をお持ちのご家族		あり	なし			
☆お子さんは		人中	番目			

診療の参考にさせていただくため、以下の質問にお答えください

☆妊娠期間 週 出産時体重 g

★今まで大きな病気や特別な病気にかかりましたか（はい・いいえ）

はいの方： 病名（ ）

その病気で入院しましたか（はい・いいえ）

★アレルギーの病気はありますか（はい・いいえ）

はいの方： 喘息・アトピー・アレルギー性鼻炎（花粉症）・食物アレルギー
食物アレルギーの原因（ ）

★薬や注射などでアレルギー症状が出たことがありますか（はい・いいえ）

はいの方の原因（ ）

☆今までかかったことのある病気を○で囲んでください

突発性発疹・水痘・おたふく・麻疹・風疹・百日咳・RSウイルス感染症

★ご家族に遺伝性の病気や特別な病気の方はいらっしゃいますか（はい・いいえ）

はいの方の病名（ ）

★その他特記事項（ご自由にお書きください）

☆予防接種（接種を受けたものに○をおつけください）

ヒブ 肺炎球菌 四種混合 B型肝炎 BCG ロタウイルス MR（麻疹・風疹）

水痘 おたふく 日本脳炎 二種混合 三種混合

不活化ポリオ 生ポリオ 子宮頸がん 髄膜炎菌

※お書きいただいた情報は診療目的以外には使用いたしません