

☆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	年	月	日
お名前				平成			
ご住所	〒	—	電話番号	()			
			携帯番号	()			
☆保育園・幼稚園・学校名							
診察券をお持ちのご家族	なし	・	あり	(かかけ)			
☆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)

★当院をお知りになったきっかけをお教えてください。(✓をお入れください。)

- 旧医院にかかったことあり 家族がかかったことあり お家が近く 知人から
当院ホームページ ネット情報 駅看板 (センター南) 電柱看板
タウン情報誌 その他 ()

※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