

初診問診票

(カナ)		男 ・ 女
お名前		
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
住所	〒(-)	
電話		
集団生活	有 () 保育園・幼稚園・小学校・中学校 無	
体温(本日)	℃	
体重(本日)	Kg	

* 当院を受診したきっかけを教えてください(複数回答可)

- ・ 近所 ・ 通園、通学の通り道 ・ 知人の紹介 ()
- ・ 当院ホームページ ・ その他 ()

1、出生時： 妊娠 週、 体重 g
2、出生時のことで伝えておきたい事
3、既往歴
4、けいれんの既往： 無 ・ 有(最終 年 月、 計 回) 抗けいれん剤の使用： 無 ・ 有(薬名)
5、アレルギー： 無 ・ 有() アレルギー検査： 希望 ・ 希望しない
6、薬に対するアレルギー： 無 ・ 有()
7、過去1か月間の渡航歴： 無 ・ 有(国：)
8、家族病歴(病名の付いている方)：
9、現在の症状