

# 初診問診票

(記入日)西暦 年 月 日

ふりがな			
お名前	男 ・ 女		
生年月日	西暦	年	月 日
ご住所 (住民票のあるところ)	〒 -		
緊急連絡先①	-	-	(どなたの )
緊急連絡先②	-	-	(どなたの )
明細書の発行	発行する ・ 発行しない		
今日の体重	kg	院内での体温	℃

※ □に☑を、項目に○をつけてください

生まれた医院 ( 医院名 )

在胎週数 □ 満期 □ 早産 ( ) 週 ( ) 日

周生期異常 □ なし □ あり ( )

兄弟 ( ) 人兄弟 ( ) 番目

集団生活 □ なし(自宅) □ あり( 園・学校名 )

既往歴 □ 喘鳴 □ クループ □ けいれん □ 熱性けいれん

□ 溶連菌 □ 小児喘息 □ アレルギー性鼻炎

□ アトピー性皮膚炎

□ その他( )

薬物アレルギー □ なし □ あり ( )

食物アレルギー □ なし □ あり ( )

\* 個人情報保護に関する関係法令を遵守して取り扱いを致します。

\* 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

おがわ小児科