問診票　（※体温　　℃　※身長　　cm　※体重　　kg）

※下記を記入し、当てはまるものに○を付けて下さい。

ふりがな

● お名前　　男・女（平成　　年　　月　　日生）　　歳　　ヶ月

（　　）幼稚園・保育園・こども園・学校

● ご住所

〒（　　-　　）

● ご連絡先電話番号

● 本日付き添いの方はどなたですか？

父　・母　・祖父　・祖母　その他（　　）

● 同居されている方を教えてください。

父　・母　・兄　・姉　・弟　・妹　・祖父　・祖母　・その他（　　）

● お子様が今まで何か病気にかかるか、手術をしたことはありますか？

いいえ　・　はい → ○かその他にご記入下さい。

突発性発疹症・熱性けいれん・ぜんそく・アトピー性皮膚炎・麻疹（はしか）・風疹
水痘（水ぼうそう）・川崎病・心臓病・腎臓病・その他（　　）
手術（　　）

● 食物アレルギーはありますか？　いいえ・はい（食品：　　症状：　　）

● 薬で異常が出たことはありますか？　いいえ・はい（薬名：　　症状：　　）

● 他の病院で薬をもらっていますか？　いいえ・はい（お薬手帳をお見せください。）

● ワクチン接種について　母子手帳をお見せ下さい。

● 今日はどうなさいましたか？枠内に様子をご記入下さい。

★下記アンケートにご協力ください。

Q. 当クリニックのことをどのようにお知りになりましたか？レ点を付けて下さい。（複数回答可）

□ 院長の診察を以前に受けたことがあって　□ ホームページ　□ 広告を見て
□ 近所だから　□ 口コミで　□ その他（　　）

ご協力ありがとうございました。