

問診票 <初めての方>

年 月 日

ふりがな		住所	(〒 -)
お名前	男・女 (才)		電話
生年月日	昭和 平成	年 月 日	E-mail

出生時の体重 (妊娠 週 g)

出生時の異常 ない・ある()

兄弟姉妹は いない・いる (人兄弟(姉妹)の 番目)

今までにかかった病気 (○をつけてください)

みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 百日咳 ・ けいれん ・ RSウイルス

その他 ()

アレルギーについて

以下の病気と診断されたことはありますか？ あるものに○をつけてください。

アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー ・ 気管支喘息

アレルギー性鼻炎(花粉症を含む)

薬のアレルギー ない・ある(薬名)

入院したことはありますか？ ない・ある

ある方へ →病名 ()

どのようにして当院を知りましたか？

ホームページを見て ・ 知り合いの紹介 ・ 兄弟姉妹がかかっている

通りがかり ・ その他()