

# 初めての方 問診票

年 月 日

ふりがな		住所	(〒      -      )
お名前			
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 通りがかり・その他( )