

# 問診票 <初めての方>

年 月 日

ふりがな		住所	(〒      -      )
お名前	男・女		電話
	(      才)		
生年月日	昭和 平成 令和	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( )