問　診　表

ＩＤ：

令和　　年　　月　　日　　　体重　　　　ｋｇ　　体温　　　　℃

◎　枠内のみご記入ください。

（１）ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　男　・　女

お名前　　　　　　　　　　　　昭和
平成・令和　　　年　　　月　　　日
（年齢　　　才　　ヶ月）

連絡のつく電話番号：　　　　（　　　　）　　　　（自宅／父／母／本人）

（〒　　　　－　　　　）

住所

（２）いつ頃からどのような症状があったか、出来るだけ詳しくお書きください。

（３）今までに大きな病気、又はひきつけ・けいれんを起こした事がありますか？

《　ない　・　ある　》　（例：○歳　肺炎、○歳　ひきつけ・けいれん）

（４）出生時に異常はありましたか？　　　※３歳未満のお子さまのみ　《はい　・　いいえ　》

(はいの方は具体的にご記入ください。例：低出生体重児など)

（５）アレルギーはありますか？　　　　　　　　　　《　はい　・　いいえ　》

（はいの方は具体的にご記入ください。　例：卵、牛乳、薬、花粉など）

（６）現在、他の病院に通っていますか？　　　　　　《　はい　・　いいえ　》

もらっているお薬　[　　　　　　　　　　　　　　　　　]

（７）ご家族の方で大きな病気にかかったことのある方、

又はアレルギーをお持ちの方は、いらっしゃいますか？　　《　はい　・　いいえ　》

（はいの方は具体的にご記入ください。例：父　気管支喘息、祖母　アトピー性皮膚炎）

（８）同居している方の中で、喫煙している方がいらっしゃいますか？　《　はい　・　いいえ　》

（９）こちらのクリニックを何で知りましたか？

ホームページ　　　看板　　　駅看板　　　電柱看板

知人（　　　　　　）　　その他（　　　　　　　）

この個人情報に関しましては、医療目的以外では使用致しません。
尚、届出の必要な場合以外で、個人情報を提供することはございません。

小田島こどもクリニック