問　診　票　　（初診用）

記入日　　年　　月　　日

ふりがな お名前	男 ・ 女
生年月日　　年　　月　　日	年齢　　歳　ヵ月
住　所　〒　　－	
電話番号　（必要時に病院から連絡してよい番号をご記入下さい） Tel.　　（母 ・父 ・自宅 ・その他　　）	
通っている ところ　自宅　（　　）保育園　（　　）幼稚園 （　　）小学校　（　　）中学校　その他（　　）	

今までのことを教えてください。わかる範囲でかまいません。

・ 生まれたとき

在胎週数　　週　　日　（ 予定日　　月　　日 ）

出生体重　　g

出生場所　（　　）　入院期間　　日

出生時の異常： なし ・ あり （　　）

・ 乳幼児健診で、なにか指摘されたことはありますか？

いいえ ・ はい （　　）

・ 大きな病気、入院、手術の経験はありますか？

いいえ ・ はい （　　）

・ 食べ物や薬のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい （　　）

ご家族について、差し支えない範囲で教えてください。

お名前	続柄	生年月日	職業	通っているところ	既往症・アレルギーなど

ご記入、ありがとうございました　　目白こどもクリニック