

初診問診票

記入日 年 月 日

フリガナ			性別	男 ・ 女	ご住所	〒	-
お名前							
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		歳	カ月			
固定電話	有・無 ()		携帯電話	有・無 ()	・父・母 ・他 ()		

妊	妊娠中の経過	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 [具体的に]]														
娠	出産の経過	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 [具体的に]]														
出	生まれたときの経過	<input type="checkbox"/> 正常 出生時体重_____g <input type="checkbox"/> 異常 [具体的に]]														
産																	
成長 ・ 発 達	☆ 健診や育児相談で発達について何か指摘されたことがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある [具体的に]]															
	☆ 大きな病気や手術をしたことはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 歳ごろ[具体的に] <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 歳ごろ[具体的に]]															
ア レ ル ギ ー	☆ 医師にアレルギーがあるといわれたことはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある [具体的に]]															
	☆ お薬で合わないものはありませんか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある [具体的に]]															
生活 ・ 家 族	☆ ご家族の構成についてご記入ください ・一緒に住んでいる方は年齢もご記入ください ・ご家族で病気をされた方やアレルギーと言われた方がいらっしゃる場合は備考欄にご記入ください	患者様ご本人には ◎をお付けください															
	<p>※患児の姉妹・兄弟</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>第一子</td> <td>男・女</td> <td>歳 []</td> </tr> <tr> <td>第二子</td> <td>男・女</td> <td>歳 []</td> </tr> <tr> <td>第三子</td> <td>男・女</td> <td>歳 []</td> </tr> <tr> <td>第四子</td> <td>男・女</td> <td>歳 []</td> </tr> <tr> <td>第五子</td> <td>男・女</td> <td>歳 []</td> </tr> </table>	第一子	男・女	歳 []	第二子	男・女	歳 []	第三子	男・女	歳 []	第四子	男・女	歳 []	第五子	男・女	歳 []	
第一子	男・女	歳 []															
第二子	男・女	歳 []															
第三子	男・女	歳 []															
第四子	男・女	歳 []															
第五子	男・女	歳 []															
	☆ 保育園・学校に通っていますか? <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行っている (名称をご記入ください)	保育園・幼稚園	小学校	中学校													

備 考				
--------	--	--	--	--