



初診問診票

No : _____

いどがやこどもクリニック
IDOGAYA CHILDREN'S CLINIC

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	(才)
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 -	電話	自宅 携帯
保護者氏名		続柄	
当院を受診したことがある家族名	続柄： 氏名：		
通園施設・学校名・学年	()・通園していない		

これまでにかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 ()
入院したことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳：)
食べ物やお薬でアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> 薬 ()
出生時の様子を教えてください 出生体重 () g 在胎週数 () 週 () 日 出生時に何か治療を受けましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
ご家族で既往歴のある方はいますか？ (続柄 病名)
スタッフ使用欄：

ご記入ありがとうございました