Initial Consultation Questionnaire

No：

Date :2024/　　/

Phonetic		Boy・Girl	Age（　　years old）
Name		Date of Birth	(yyyy/mm/dd) /　　/
Adress	〒　　－	Tel	Home: Mobile phone:
Name of parent or guardian		relationship	ex.)mother

Family members who have visited our clinic	relationship：　　Name：
Name of nursery・school/grade	（　　/　　）・　No school

これまでにかかった病気はありますか？　Are there any diseases that　you have ever had?

□ なし No　□ 突発性発疹 Exanthem subitum　□ 喘息 Asthma　□ 花粉症 Allergic rhinitis

□ アトピー性皮膚炎 Atopic dermatitis　□便秘症 Constipation

□ その他　other disease（　　）

Have you ever been hospitalized？ □None

□Yes （Age:　　Name of disease:　　）

現在通院中の病気は？ Are there any diseases that you are currently visiting the hospital?

□No　□Yes（Name of Disease：　　Name of Hospital：　　）

現在内服中の薬はありますか？　Are there any medications you are currently taking?

□No　□Yes　※Please submit your medication notebook

食べ物やお薬でアレルギーはありますか？Do you have any food or medication allergies?

□ No　□Yes　：Food（　　）　Medicine（　　）

出生時の様子を教えてください What is your condition at birth?

Birth Weight：（　　）g 、Gestational age：（　　）Week（　　）Days

出生時に何か治療を受けましたか？Did you receive any treatment at birth?

□No　□Yes（Name of Disease/Treatment：　　）

Family history:　(relationship:　　Name of disease：　　）

For staff only：

ご記入ありがとうございました