



# 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
来院された 保護者氏名		続柄	
当院を受診したことのある家族名	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"/> 便秘症 <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、病名： 病院名： )
現在通院中の病気はありますか？ (発達のフォローをされている方も記載してください) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名： 病院名： ) 現在内服中の薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※薬を内服中の方はお薬手帳をお渡ししてください
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 (病名/治療： )
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