



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	(歳 か月)
氏名		生年月日 20 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/クラス・学年	□通園していない (小・中学校/ 年) (保育園・幼稚園/ クラス)		

・これまでにかった病気はありますか？ □ なし	
□ 突発性発疹 □ 喘息 □ アトピー性皮膚炎 □ アレルギー性鼻炎、花粉症 □ 便秘症	
□ 熱性けいれん (計 回、最終 歳、入院：あり/なし、ダイアップ予防投与：あり/なし)	
□ その他 ()	
・入院したことはありますか？ □ なし	
□ 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)	
□ なし □ あり (病名： 病院名：)	
・現在内服中の薬はありますか？ □ なし □ あり※薬を内服中の方はお薬手帳をお渡しください	
・食べ物やお薬でアレルギーはありますか？	
□ なし □ 食べ物 () □ 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？	
□ なし □ 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