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

Initial Consultation Questionnaire

No：

Date：　/　/

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