問診票（初めての方のみ）

来院時体温　　℃
体重　　Kg

ふりがな		男 女	生年月日	年　月　日
お名前			年齢	歳　か月
住所	〒			
自宅電話		携帯電話		

兄弟姉妹はいますか？　はい　・　いいえ
　はいの場合は、年齢・性別を教えてください。→年齢　：　　歳
　　性別　：　男　・　女

①出産歴について教えてください。
　出生時体重　：　　g
　在胎週数　：　　週　　日
　出生時に何か異常を指摘されましたか？　はい　・　いいえ
　　はいの方は詳しく教えてください。→

②今までにかかった病気があれば、〇をつけてください。
　突発性発疹　　水ぼうそう　　おたふく　　けいれん
　喘息　　じんましん　　食物アレルギー　　花粉症　　湿疹
　その他　（　　）

③現在、服用している薬はありますか？　はい　・　いいえ
　はいの方は詳しく教えてください。→

④健診などで、発達・発育で異常を指摘されたことがありますか？　はい　・　いいえ
　はいの方は詳しく教えてください。→

⑤アレルギー（食物、薬、花粉など）はありますか？　はい　・　いいえ
　はいの方は詳しく教えてください。→

おかもとこどもクリニック
Okamoto Kids Clinic