

初診問診表

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな	
お名前	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日
ご住所	〒 -
自宅電話番号	() -
携帯番号	- -
緊急連絡先	自宅 ・ 携帯
明細書の発行	発行する ・ 発行しない

本日の体重	kg	院内での体温	℃
-------	----	--------	---

※該当する□にを、項目に○をつけてください

生まれた医院 医院名
()クリニック・医院・助産院

在胎週数 満期 ()週()日

周産期異常 なし あり

兄弟 ()人兄弟の()番目

集団生活 現在の園名・学校名
() 保育園・託児所・幼稚園・認定こども園
小学校・中学校・高校・特別支援学校
自宅

既往歴 喘鳴 クループ けいれん 熱性けいれん 溶連菌
 小児喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎
 その他()

薬物アレルギー なし あり()

食物アレルギー なし あり()

「あり」の方はいつ頃の検査ですか？

()

ジェネリック医薬品を処方してもよろしいですか？ はい いいえ

当院では、厚生労働省の推奨により、効果効能に変わりのないジェネリック(後発品)を積極的に処方しています。

*個人情報保護に関する関係法令を遵守して取り扱いをいたします。

おがわ小児科